



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Intervenção Especializada de Enfermagem à Criança Vítima de Queimadura Grave e sua Família

Vânia Sofia Fonseca Santos

Lisboa

2016





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Intervenção Especializada de Enfermagem à Criança Vítima de Queimadura Grave e sua Família

Vânia Sofia Fonseca Santos

Orientador: **Professor Doutor Jorge Ferreira**

Lisboa

2016



“O fim duma viagem é apenas o começo doutra. É preciso ver o que não foi visto, ver outra vez o que se viu já. É preciso voltar aos passos que foram dados, para os repetir, e traçar caminhos novos ao lado deles. É preciso recomeçar a viagem. Sempre.”

José Saramago

AGRADECIMENTOS

A realização de um trabalho, seja ele de que caráter for, requer sempre uma conjugação de esforços, não dependendo unicamente do esforço de uma pessoa. Deste modo, não quero deixar de agradecer a todos aqueles que com o seu conhecimento, disponibilidade e apoio, contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento, tornando assim possível a concretização deste relatório.

Desde já exprimo o meu sincero agradecimento ao Professor Jorge Ferreira pelo total apoio e orientação que me dedicou desde logo com o início da elaboração do projeto de estágio e que se prolongou durante todo o meu percurso até à consecução deste relatório de estágio.

Como não poderia deixar de ser, gostaria de agradecer aos orientadores dos locais onde desenvolvi estágio, que com a sua dedicação, ensinamento e crítica me ajudaram a concretizar os objetivos delineados para etapa, assim o meu muito obrigada à Enfermeira Patrícia Costa e ao Enfermeiro Amílcar Alves.

Prolongo o meu agradecimento às Sr^{as} Enfermeiras Chefes que facilitaram e possibilitaram a realização dos estágios, bem como a todos os profissionais dos dois locais de estágio, pelo acolhimento amável que me proporcionaram, bem como a disponibilidade e partilha de conhecimentos e experiências que me confiaram, em especial à, Enfermeira Maria João Salsinha, Enfermeira Liliana Teniz, Enfermeira Marta Pereira.

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento especial aos meus pais e irmão, à minha mimi e ao meu namorado, pela paciência para com a minha ausência, por toda a ajuda prestada, por sempre me apoiarem e me incentivarem na busca da concretização dos meus objetivos, e tão simplesmente por existirem.

O meu muito obrigada a todos...

RESUMO

Apesar das melhorias socioeconómicas presenciadas as queimaduras pediátricas permanecem uma constante nos nossos cuidados de saúde. Os cuidados de Enfermagem à criança vítima de queimadura grave e sua família revestem-se de um trabalho complexo e bastante árduo, requerendo uma preparação não só física, mas também emocional do profissional, constituindo assim como um enorme desafio.

Deste modo, para que a prestação de cuidados seja cada vez mais qualificada e especializada a estas crianças, os profissionais necessitam de adquirir conhecimentos técnicos e científicos e competências na prestação de cuidados de qualidade, integral e humanizado.

O presente relatório pretende traduzir o percurso realizado ao longo das diferentes experiências de estágio, tendo por base o tema “Intervenção Especializada de Enfermagem à Criança Vítima de Queimadura Grave e sua Família”, explicitando os objetivos traçados, as atividades desenvolvidas e os processos de trabalho utilizados e refletindo criticamente na e sobre a prática, tendo em conta as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros, bem como as competências do Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, delineadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com a realização dos estágios, numa Unidade de Queimados e num Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente, foram concretizadas as várias atividades planeadas, de modo a atingir os objetivos previamente delineados e adquirir competências Especializadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, particularmente na área da criança vítima de queimadura grave e sua família, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais, do cuidar ao utente crítico e na prevenção e controlo da infeção.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Criança; Queimados; Cuidados de Enfermagem Especializados; Competências.

ABSTRACT

Despite the socio-economic improvements witnessed pediatric burns remain a constant in our health care. The nursing care to severe burn victim children and their families are of a complex work and very hard, requiring a preparation not only physical but also emotional professional, constituting an enormous challenge.

Thus, for the provision of care is increasingly qualified and specialized to these children, professionals need to acquire technical and scientific knowledge and skills in providing quality care, integral and humanized.

This report seeks to translate the route taken through the various stages of experiences, based on the theme "Intervention Nursing Specialized Child Burn Victim Grave and his family", explaining the planned objectives, the activities and work processes used and reflecting critically on and on practice, taking into account the common and specific skills of Nurse Specialist Person Nursing in Critical Situation, established by the Order of Nurses, and the skills of the Master in Specialization in Individual Nursing in Critical Situation, outlined by the School of Lisbon Nursing.

With the completion of the stages in a burn unit and an ER Pediatric Polyvalent, the various planned activities have been implemented in order to achieve the previously outlined goals and acquire specialized skills in nursing to Person in Critical Situation, particularly in children's area severe burn victim and his family, particularly in terms of professional responsibility, continuous quality improvement, care management, professional learning, care of the critical user and the prevention and control of infection.

Keywords: Person in Critical Situation; Child; Burns; Specialized Nursing Care; Skills.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATSC – Área Total de Superfície Corporal

BPS – Behavioral Pain Scale

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

EC – Ensino Clínico

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HP – Hospital Polivalente

HPP – Hospital Pediátrico Polivalente

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCASPQ – Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras

RCEEEEPSC – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UQ – Unidade de Queimados

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. A Criança em Situação Crítica e a sua Família: a Criança Vítima de Queimadura Grave	14
1.2. Abordagem da criança vítima de queimadura grave: o Desenvolvimento de Competências Especializadas	18
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	24
2.1. Campos de estágio	25
3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	31
3.1. Unidade de Queimados	31
3.2. Serviço de Urgência Pediátrico	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	
Apêndice I - Cronograma de Projeto de estágio	
Apêndice II - Sessão de Formação: “Novas Atualizações No Cuidar Do Utente Vítima de Queimadura”	
Apêndice III - Sessão de Formação: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de Queimadura	
Apêndice IV - Prevenção de Queimaduras Domésticas em Crianças	

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Estimativa da superfície queimada pelo método de Lund e Browder	16
Tabela 2: Fórmula de Parkland Modificada	19
Tabela 3: Objetivos específicos e atividades a desenvolver na UQ	26
Tabela 4: Objetivos específicos e atividades a desenvolver no SUP	28

INTRODUÇÃO

Definir o rumo que se pretende seguir exige uma reflexão crítica do que se realiza, do que se pretende alterar e do que se ambiciona ser. Neste sentido, este documento tem como objetivo a análise crítica e reflexiva do percurso de estágio realizado ao longo do 3º semestre, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Assim, a elaboração e discussão pública deste trabalho visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização anteriormente referida.

Deste modo a realização do estágio possibilitou-me implementar um projeto desenhado, com o propósito de desenvolver competências, tendo por base os descritores de Dublin para o 2º Ciclo de formação (Direção Geral Ensino Superior, 2012), as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011a) nos seus quatro domínios: - responsabilidade profissional, ética e legal; - melhoria contínua da qualidade; - gestão dos cuidados; e - desenvolvimento das aprendizagens profissionais, alicerçando-se ainda em competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, respeitantes ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil (OE, 2011b).

Tal como defende Mendonça (2009, p.31) “As competências só existem enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico-científicos e a obtenção de um tipo de resposta satisfatória na interação com o meio envolvente”. Assim, a aquisição de competências ao longo do estágio terá como ponto de partida o Modelo de Dreyfus, aplicado à Enfermagem por Benner (2005), para o qual “na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2005, p. 39).

Com o término da minha formação académica, em 2006, iniciei desempenho de funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), unidade, essa, onde ainda hoje presto cuidados. Ao longo da minha prática profissional fui contactando com crianças vítimas de queimaduras graves, porém dada a sua complexidade constatei a presença de uma prática pouco fundamentada na evidência científica mais atual, motivo pelo qual senti a necessidade de incidir sobre esta temática.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a queimadura “é o quarto tipo mais comum de trauma no mundo, perdendo somente para acidentes de trânsito, quedas e violência interpessoal”

(World Health Organization, 2008). Por outro lado, Pereima (n.d.) defende que em crianças, as repercussões das queimaduras mostram-se mais intensas, uma vez que envolvem aspetos relacionados ao seu crescimento e desenvolvimento, podendo originar regressão dos estádios de desenvolvimento e desnutrição. Apesar da melhoria socioeconómica e consequentemente melhores condições habitacionais presenciadas nas últimas décadas em Portugal, não se verifica uma diminuição do número de crianças queimadas, continuando as queimaduras pediátricas a ser a causa mais frequente de internamento de crianças (Serafim, 2013). Deste modo, Francisco, Nóbrega, Valente, & Santos (2013) acrescentam que ao contrário de algumas causas de admissão em UCIP que diminuíram de frequência, nomeadamente as causas infecciosas e as intoxicações graves, os acidentes e as queimaduras permanecem uma importante causa de mortalidade e morbilidade no nosso país.

Contudo, como referem Francisco et al. (2013) é possível melhorar o prognóstico dos doentes vítimas de queimadura, através da identificação e tratamento precoces das lesões provocadas pela mesma, da ressuscitação hemodinâmica, da gestão do controlo da dor e da referenciação para unidades com experiência no cuidar do grande queimado.

Paralelamente Montes, Barbosa, & Neto (2011) reiteram que para assegurar a qualidade da assistência aos doentes vítimas de queimadura é essencial a elaboração de protocolos de atuação, no entanto para tal é necessária a identificação dos aspetos epidemiológicos e clínicos das vítimas de queimaduras. De acordo com diversos estudos epidemiológicos constata-se a manutenção de um elevado número de crianças vítimas de queimadura, sendo que concluem uma maior prevalência destes acidentes em crianças do sexo masculino (Francisco et al., 2013; Matos, Andrade, & Madeira, 2011; Millan et al., 2012; Montes et al., 2011). Outro dado obtido pelos investigadores foi o predomínio de queimaduras térmicas por líquidos ferventes nas faixas etárias mais baixas, sendo que na idade de adolescência a queimadura térmica por fogo e a queimadura por radiação são mais frequente (Aragão et al., 2012; Francisco et al., 2013; Machado, Lobo, Pimentel, & Serra, 2009; Millan et al., 2012). Francisco et al. (2013) defendem que estas conclusões se devem ao facto da existência de diferenças de comportamento entre os sexos, revelando-se os rapazes mais exploradores, bem como ao tipo de brincadeiras deste grupo etário, em que as crianças têm uma grande curiosidade, mobilidade e autonomia, mas ainda uma total ou parcial incapacidade para antever riscos. Por outro lado constata-se um enaltecimento das chamas e explosões nos desenhos animados, filmes e jogos, o que poderá predispor a várias explorações pelas crianças.

Por conseguinte, com o trabalho desenvolvido durante a realização do estágio pretendeu-se o desenvolvimento de competências ao nível proficiente/perito, no âmbito da prestação de cuidados a doentes críticos, nomeadamente à criança vítima de queimadura grave e sua família. Neste nível de competência o enfermeiro “(...) compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende dire-

tamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” e “age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2005, p.58).

Deste modo, revela-se imperativo que o enfermeiro especializado e perito demonstre competência científica, técnica e humana, que lhe permitam diferenciar-se da prestação de cuidados gerais, desenvolvendo cuidados de enfermagem especializados em determinada área específica de enfermagem (OE, 2011a). Para a OE (2011a, p. 8648) os enfermeiros especializados devem igualmente deter

um conhecimento aprofundado num domínio da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Neste seguimento surgiu o projeto, elaborado com o intuito de nortear o rumo a seguir durante a realização do estágio, onde se inserem objetivos para concretização no decurso do mesmo, tendo por base o objetivo de desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente à criança vítima de queimadura grave. Assim, para concretização com a realização do estágio defini como objetivos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança, em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, e sua família;
- Conhecer o percurso de encaminhamento para internamento da criança vítima de queimadura grave;
- Desenvolver competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção da criança vítima de queimadura grave;
- Desenvolver competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de dor da criança vítima de queimadura grave.

Para dar resposta aos objetivos definidos previamente, o estágio foi composto por 750 horas de Ensino Clínico (EC), distribuídas entre horas de orientação tutorial (25 horas); horas destinadas a trabalho autónomo (225 horas) e horas a desenvolver em contexto clínico (500 horas). A escolha dos locais de estágio teve por base a problemática do projeto, os objetivos e as atividades a desenvolver nos diferentes contextos. Assim, o estágio decorreu de 29 de Setembro de 2014 a 15 de Fevereiro de 2015, conforme cronograma em apêndice (Apêndice I), iniciando-se numa Unidade de Queimados (UQ) e terminando num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

Com o intuito de prestar cuidados de enfermagem cada vez mais qualificados selecionei o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman, Modelo de Sistemas, como base da minha atuação, pois “a teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, como também é vital para a prática da profissão” (Tomey & Alligood, 2004, p.17). Este modelo permite

considerar a pessoa inserida num sistema, seja ele a família, a comunidade ou uma instituição hospitalar, em que o seu processo de saúde-doença se encontra em constante interação com o meio ambiente e é afetado por diferentes fatores de *stress*, causando-lhe desequilíbrio. Betty Neuman defende que a vida é continuamente caracterizada por uma reciprocidade entre equilíbrio e desequilíbrio do organismo, sendo que quando o sistema de estabilização falha, ou há uma permanência prolongada do organismo na instabilidade, este fica incapaz de satisfazer as suas necessidades, podendo surgir a doença (Neuman, 1995). Ao ser hospitalizada a criança sofre uma transformação significativa nos seus hábitos de vida e rotinas, configurando esta situação como agressão ou castigo, conduzindo ao desenvolvimento de sentimentos de tristeza, culpa, e abandono em relação aos pais. Por conseguinte, com base no modelo teórico de Betty Neuman, o enfermeiro deve estar atento aos comportamentos e estímulos que possam proporcionar *stress* na criança, tais como fatores intrapessoais, interpessoais e extra-pessoais, e a partir desse conhecimento instituir estratégias de intervenção e avaliar os seus resultados, com vista à manutenção da estabilidade do equilíbrio dinâmico da criança.

De modo a dar término a este longo ciclo de desenvolvimento é essencial a apresentação dos seus resultados, motivo pelo qual é elaborado este relatório, visando apresentar o percurso desenvolvido ao longo dos diferentes estágios realizados, analisando crítica e reflexivamente os contributos adquiridos com as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas nesses estágios, à luz da evidência científica atual. Assim, o presente Relatório de Estágio encontra-se dividido em quatro capítulos distintos. O primeiro é dedicado a um enquadramento conceptual, baseando-se na revisão da literatura efetuada para o efeito, abarca o quadro teórico fundamental à compreensão de toda a temática. No segundo capítulo descreve-se o percurso de desenvolvimento de competências, enquadrando os locais de realização de estágio. O terceiro capítulo refere-se à análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas através das atividades realizadas por contextos de estágio, refletindo igualmente sobre os contributos adquiridos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Por fim, no último capítulo encontram-se as considerações finais do presente documento, onde se destacam as competências adquiridas e desenvolvidas, as limitações sentidas, bem como ambições futuras.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A pessoa em situação crítica requer cuidados de Enfermagem contínuos e altamente qualificados, que permitam dar resposta às necessidades afetadas das pessoas com uma ou mais funções vitais em risco imediato, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo como fim último a sua total recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Deste modo, é imperativo que o enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica detenha competências que lhe permitam uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes, muitas vezes com recurso a diferentes tecnologias, com o intuito de conhecer continuamente o estado da pessoa, assegurar a prestação de intervenções adequadas e atempadas, e prevenir complicações. Contudo, apesar de envolvimento num cuidado altamente complexo, o enfermeiro não pode descurar a sua intervenção de cuidador da pessoa a experienciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pelo que a procura da correção de disfunções orgânicas e a tecnologia diferenciada não podem representar obstáculo ou afastamento em relação ao cuidado holístico, exigindo assim ao enfermeiro a associação de diferentes competências e conhecimentos, adequadas a cada situação e utente, e compreendendo a vulnerabilidade e *stressores* do utente, para que o possa ajudar a recuperar a energia que lhe permitirá restabelecer o estado de saúde, bem-estar (Locsin & Purnell, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2011b; Urden, Stacy, & Lough, 2008).

De modo a elaborar o presente enquadramento conceptual foi efetuada uma busca pela evidência científica atual, socorrendo-me para tal de uma pesquisa realizada nas bases de dados *CINAHL with Full Text* e *MEDLINE with Full Text* (via *EBSCO*) e *ScienceDirect*, utilizando como descritores “*nursing care and burns and child (all child: 0-18 years)*”. Porém devido ao elevado número de artigos encontrados foi necessário recorrer a filtros limitadores: data de publicação (de 2008 até atualidade) e a opção “texto integral”. Para além da pesquisa realizada nas bases de dados referidas, quatro artigos foram selecionados em referências bibliográficas de artigos científicos obtidos anteriormente, tendo o seu texto integral sido encontrado na base de dados *Scielo*, um dos quais cuja data se encontra fora dos limites acima referidos, porém dada a sua significância quantificada pelas 45 vezes em que é citado por outros autores, optei por incluí-lo. De todos os resultados obtidos foram excluídos os textos repetidos e posteriormente após leitura dos seus resumos foram selecionados os 25 que compõem este enquadramento.

1.1. A Criança em Situação Crítica e a sua Família: a Criança Vítima de Queimadura Grave

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p.9) a situação crítica é caracterizada como toda a situação em que o doente “que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”. De igual modo, também a pessoa em situação crítica é definida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011b) como a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, necessitando de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para a sua sobrevivência.

Machado, Lobo, Pimentel, & Serra (2009) explicam as queimaduras como o pior acidente que pode ocorrer subitamente a uma pessoa sã, marcando-a para o resto da sua vida. Apesar dos avanços científicos na melhoria da identificação e tratamento das queimaduras, estas mantêm-se responsáveis por uma morbilidade e mortalidade elevadas em todo o mundo. Assim, os acidentes graves por queimaduras revelam-se não só como uma agressão devastadora da integridade física e corporal das suas vítimas, mas também uma experiência extremamente traumática, devido aos níveis elevados de dor vivenciados, à destruição dos tecidos, órgãos e membros, bem como alterações da imagem corporal, e toda a experiência emocional inerente (Guerrero, 2008). A queimadura é caracterizada por Urden, Stacy, & Lough (2008) como a lesão que resulta em perda ou dano dos tecidos, decorrente da exposição a fontes térmicas, elétricas, químicas e/ou radiações, sendo determinada não só pela temperatura ou causticidade do agente da queimadura, mas também pela duração do contacto do tecido com a fonte. “A queimadura é causada pela transferência de energia entre uma fonte de calor e o corpo humano.” (Echinard & Latarjet, 2012, p.24).

Assim, a criança vítima de queimadura grave perante uma situação traumática, a queimadura, vê a sua vida ameaçada, por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, reque-rendo cuidados em unidades especializadas, ambiente tecnologicamente avançado. Tendo por base a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, ratificada em 1990 por Portugal, que define criança como todo o ser humano com idade inferior a 18 anos (UNICEF, 1990), que levou em 2011 ao alargamento da idade de atendimento em serviços pediátricos até aos 17 anos e 364 dias (Despacho do Ministério da Saúde n.º 9871/2010).

A gravidade de uma queimadura é determinada não só pela extensão e profundidade da mesma, mas também pelo agente causal, tempo e circunstâncias em torno da lesão por queimadura, deste modo na avaliação da queimadura deve ter se em conta: a percentagem da área corporal quei-mada, a profundidade da queimadura; a localização anatómica da queimadura; a idade da pessoa; a

história médica da pessoa; a presença de lesão concomitante; a presença de uma lesão por inalação (Morton & Fontaine, 2009).

Assim sendo, é possível diferenciar a queimadura em três graus distintos, conforme a profundidade do trauma nos tecidos, estando dependente da conjugação entre o agente, a temperatura e o tempo de exposição ao mesmo, determinante na gravidade da situação (Martins, Meneses, & Joaquim, 2016). Na *queimadura de primeiro grau* o compromisso está restrito às camadas superficiais da epiderme; o local da lesão apresenta eritema doloroso e calor; a evolução espontânea para a cura é breve, com descamação e a repercussão sistêmica é mínima (Echinard & Latarjet, 2012; Montes et al., 2011; Urden et al., 2008). Na *queimadura de segundo grau*, podemos ainda diferenciar entre *segundo grau superficial ou profundo*. No primeiro o comprometimento envolve as camadas profundas da epiderme não atingindo a junção dermo-epidérmica; clinicamente verifica-se a formação de um exsudado com descolamento das camadas superficiais da epiderme, originando uma flitena preenchida por serosidade, sob a mesma a pele residual encontra-se rosada a avermelhada, lesão dolorosa, no entanto cicatriza em menos de dez dias, habitualmente sem deixar sequelas. No que ao *segundo grau profundo* diz respeito, a junção dermo-epidérmica é mais atingida, embora que sempre parcialmente; constata-se uma ruptura mais ou menos completa da camada basal; apresenta uma dor importante, com lesão maioritariamente vermelha, acastanhada com exsudado, porém ainda sangra à escarificação; podem contudo existir zonas esbranquiçadas, em regiões mais profundas; frequentemente estas lesões aprofundam-se quando a perfusão cutânea periférica é ineficaz ou insuficiente (Echinard & Latarjet, 2012). Por fim, na *queimadura de terceiro grau* há destruição da epiderme, bem como da camada de células basais e anexos pilo-sebáceos da derme podendo atingir o tecido subcutâneo, tendões, ligamentos, músculos e ossos; a lesão apresenta-se esbranquiçada ou negra, seca, dura e inelástica; não há dor devido a destruição das terminações nervosas; não há retorno capilar e os vasos sanguíneos estão comprometidos por coagulação; não existe possibilidade regeneração espontânea, sendo indicada enxertia (Echinard & Latarjet, 2012; Montes et al., 2011; Urden et al., 2008).

Culleiton & Simko (2013) defendem que a queimadura é ainda descrita com base na sua causa: queimadura térmica; queimadura química; queimadura elétrica; queimadura por radiação; queimadura por fumo ou inalação e queimadura por frio ou congelação. Deste modo, a presença de inalação de fumos, é considerado um sinal preditivo de queimadura grave na criança, uma vez que origina uma queimadura da árvore traqueobrônquica, muitas vezes associada às consequências das queimaduras cutâneas. Deste modo, o mecanismo da lesão é concomitantemente térmico, químico e obstrutivo, pois a inalação dos fumos está associada a poli-intoxicação por óxido de carbono e ácido cianídrico (Echinard & Latarjet, 2012).

Na avaliação da gravidade da queimadura importa, como suprarreferido, avaliar devidamente a extensão da superfície corporal queimada, visto que se revela um dos fatores que mais influencia na

repercussão sistêmica e na sobrevivência do doente (Montes et al., 2011). A “regra dos nove” de Wallace é um método simples e rápido de realizar a avaliação (Echinard & Latarjet, 2012; Martins et al., 2016; Urden et al., 2008). Este método consiste em dividir o corpo do adulto em áreas de superfície de nove e seus múltiplos. A cabeça e os membros superiores representam nove, o tronco representa quatro vezes esta área, dividido entre anterior e tronco posterior. Os membros inferiores representam duas vezes a área de nove, e os órgãos genitais externos são avaliados em um (Echinard & Latarjet, 2012; Urden et al., 2008). Na criança, devido às suas particularidades, nomeadamente a proporção entre a cabeça e o tronco inconstante com o crescimento, o método mais preciso é o de Lund and Browder, pois tem sempre em conta a idade da criança, representado na tabela seguinte (Echinard & Latarjet, 2012; Lee & Herndon, 2007; Martins et al., 2016; Urden et al., 2008).

Tabela 1: Estimativa da superfície queimada pelo método de Lund e Browder

Idade	0-1 Anos	1-4 Anos	5-9 Anos	10-14 Anos
Cabeça	9,5%	8,5%	6,5%	5,5%
Pescoço	1%	1%	1%	1%
Tronco	13%	13%	13%	13%
Braço	2%	2%	2%	2%
Antebraço	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
Mão	1,25%	1,25%	1,25%	1,25%
Órgãos Genitais	1%	1%	1%	1%
Nádega	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Coxa	2,75%	3,25%	4%	4,25%
Perna	2,5%	2,5%	2,75%	3%
Pé	1,75%	1,75%	1,75%	1,75%

Fonte: Echinard & Latarjet (2012, p.171)

Para além de todas estas condicionantes, também a localização, especificamente pelo compromisso de zonas funcionais, e a idade fisiológica do utente são essenciais no estabelecimento da gravidade da queimadura (Echinard & Latarjet, 2012; Urden et al., 2008). Assim, a localização das lesões relaciona-se, muitas vezes, com o prognóstico funcional, especialmente quando são lesadas áreas de grande mobilidade, pois transformam-se em locais de sequelas importantes e difíceis de tratar, sendo portanto necessário reforçar a prevenção de complicações. Por outro lado, as queimaduras da face podem estar associadas a lesões da árvore respiratória, mostrando-se essencial despirá-las para prevenir complicações (Echinard & Latarjet, 2012). No que à idade fisiológica do utente se refere esta engloba, para além da idade, também o estado geral prévio à queimadura. Deste modo, deve considerar-se que uma patologia prévia, nomeadamente pulmonar, cardíaca ou renal, pode descompensar, com-

prometendo o prognóstico (Urden et al., 2008). Aliado a tudo isto, as crianças ostentam algumas especificidades fisiológicas que podem representar desvantagens significativas quando sofrem uma queimadura, mostrando-se mais vulneráveis a uma maior gravidade do trauma, principalmente crianças de idade inferior a dois anos (Echinard & Latarjet, 2012; Lee & Herndon, 2007; Urden et al., 2008). A desvantagem mais importante é apresentarem uma superfície corporal superior em relação ao seu peso, isso significa maior perda de água corporal, quando comparadas aos adultos, necessitando, assim, de maior reposição hidro-electrolítica (Lee & Herndon, 2007; Machado et al., 2009).

Hazinski (2013) sustentando-se na Associação Americana de Queimaduras define os seguintes critérios para classificação de queimadura grave:

- Queimaduras de segundo e terceiro grau, atingindo mais de 10% da Área Total de Superfície Corporal (ATSC), em utentes com idade inferior a 10 anos;
- Queimaduras de segundo e terceiro grau, alcançando mais de 20% da ATSC;
- Queimaduras de terceiro grau, com atingimento de mais de 5% de ATSC;
- Queimaduras envolvendo áreas especiais, tais como: face, mãos, pés, região genital, períneo, ou regiões envolvendo grandes articulações;
- Queimadura química ou elétrica significativas;
- Queimadura com patologia associada significativa, ou associada a trauma significativo;
- Queimaduras em doentes que necessitam de apoio social, emocional e de reabilitação especial (incluindo suspeitas de lesão infligida e negligência).

Por seu turno, para os profissionais de saúde que prestam cuidados em UCI o estado fisiopatológico dos utentes internados é, na maior parte das vezes, o principal foco de atenção, fazendo com que se priorize uma assistência intensiva e tecnologicamente sofisticada, porém tendo por base uma prestação de cuidados baseada num modelo holístico, estes profissionais têm sempre em atenção o utente no seu todo, como parte de uma família, tornando-a igualmente parte integrante dos seus cuidados, ao mesmo tempo que a consideram parceira nos mesmos. Atualmente constata-se a existência de várias concepções sobre família, sendo que diversos autores têm movido esforços na tentativa de desenvolver diferentes conceitos de família e enfermagem na assistência à mesma, focalizando o cuidado de acordo com o modelo utilizado (Rocha, Nascimento, & Lima, 2002). Para Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011) a família pode ser definida como qualquer pessoa significativa que participe no cuidar e bem-estar da pessoa doente. A família pode ainda ser vista como um sistema, segundo a teoria geral dos sistemas (Bertalanffy, 2001), todas as ações isoladas e todas as agressões a um elemento constituinte do sistema, afeta todo o sistema, colocando-o em desequilíbrio. O processo de queimadura manifesta-se de alta complexidade, uma vez que não afeta só a vítima, mas também os seus familiares. Consequentemente, os familiares devem ser inseridos no contexto dos cuidados de enfermagem, não apenas como um dos suportes de auxílio na elaboração dos planos de intervenções, de modo a benefi-

ciar a recuperação do seu familiar, mas também como sujeito de cuidados (Silva & Ribeiro, 2011). Também Pinto, Montinho, & Gonçalves (2008) abordam esta temática, quando mencionam que as queimaduras originam alterações no sistema familiar e provocam desorganização, exigindo à família uma reestruturação para encontrarem novas funcionalidades. Portanto o Enfermeiro tem o papel importante de ser facilitador deste processo, concretizando na sua prática o conceito de cuidados de saúde centrados na pessoa doente e sua família.

1.2. Abordagem da criança vítima de queimadura grave: o Desenvolvimento de Competências Especializadas

A European Burn Association (2011) refere que o cuidado à pessoa vítima de queimadura é um processo contínuo e complexo, tendo como objetivo principal assegurar uma ótima ressuscitação no período de emergência, e numa fase posterior, alcançar a reepitelização da pele lesada ou destruída. Assim, e tendo em conta todos os sinais preditivos de queimadura grave, este cuidado encontra-se organizado em três fases distintas, que se sobrepõem: a fase de reanimação ou emergente; a fase aguda e a fase de reabilitação (Culleiton & Simko, 2013; Echinard & Latarjet, 2012; Urden et al., 2008). A *fase de reanimação* inicia-se aquando da resposta hemodinâmica inicial à lesão e desenvolve-se até que a integridade capilar esteja restaurada e se verifique a repleção do volume de plasma pela reposição de líquidos. Já a *fase aguda* começa com o aparecimento de diurese dos líquidos mobilizados do espaço intersticial e termina com o encerramento da ferida de queimadura. Posteriormente numa fase mais tardia, a *fase de reabilitação* promove-se a adequada cicatrização viciosa das contraturas, bem como o suporte psicológico do utente e sua família, podendo prolongar-se meses a anos, consoante a gravidade da lesão (Urden et al., 2008). Contudo, para Culleiton & Simko (2013) a avaliação e gestão de problemas específicos não estão limitados a estes estágios e ocorrem durante todo o cuidado de utentes vítimas de queimadura, assim a reabilitação deve iniciar-se no primeiro dia de queimadura e a fase de reabilitação formal apenas se começa quando a queimadura está quase cicatrizada.

O atendimento à criança vítima de queimadura grave, tal como a qualquer pessoa vítima de trauma grave, requer sempre uma abordagem sistematizada, da qual faz necessariamente parte a avaliação inicial. Deste modo, o American College of Surgeons (2010) aliados à Society of Trauma Nurses (2008) defendem a utilização da mnemónica ABCDE, enquanto metodologia de abordagem para a avaliação inicial: Airway / Via Aérea com controlo cervical, em caso de associação de trauma sugestivo de lesão cervical; Breathe / Ventilação; Circulation / Circulação; Disability / Disfunção Neurológica; Exposure / Exposição com controlo da temperatura.

Deste modo, e como ponto fulcral importa avaliar a via aérea, observando-se sinais preditivos de compromisso da via aérea, como queimadura da face e despistando presença de sibilos, taquipneia, estridor, rouquidão, presença de silos queimados, ou expectoração carbonácea, preditivos lesão por inalação ou edema, requerendo entubação traqueal para manutenção de uma via aérea permeável (Lee & Herndon, 2007). Como refere Echinard & Latarjet (2012) uma entubação precoce pode ser salvadora, visto que o edema facial e das vias aéreas e a retração dos tecidos com queimadura de terceiro grau da face podem impossibilitar este procedimento horas mais tarde. A nível da ventilação, associada a alterações neurológicas devem ainda ser descartadas situações de queimaduras inalatórias pelo risco de intoxicação por monóxido de carbono, requerendo assim, a realização de gasimetria arterial e carboxihemoglobina (Echinard & Latarjet, 2012; Lee & Herndon, 2007). Por outro lado, em situações de queimaduras torácicas a verificação de compromisso de expansão deve ser eliminada, pois podem ocorrer situações em que a circunferência de espessura total da queimadura provoque compressão torácica, interferindo com a ventilação, nestas circunstâncias deve ser ponderada a necessidade de escarotomia (Lee & Herndon, 2007).

No que respeita à circulação, a hipovolémia é particularmente deletéria no bebé, pois é de instalação mais rápida e abrupta, pois a fuga plasmática pode atingir os 200 a 300ml por hora, por m² de superfície corporal queimada, verificando-se um aumento de água extracelular significativo, requerendo portanto um rápido reenchimento capilar, pois o seu atraso significa um aumento da mortalidade, bem como de complicações infecciosas (Echinard & Latarjet, 2012). A fluidoterapia reveste-se, assim, de especial importância em todo este processo de reanimação da vítima de queimadura, e consequentemente no seu prognóstico, sendo calculada com recurso a uma fórmula designada de Fórmula de Parkland modificada, explicitada na tabela seguinte.

Tabela 2: Fórmula de Parkland Modificada

Fórmula de Parkland modificada
2-4 ml LR x Peso em Kg x % Superfície corporal queimada

Fonte: Urden et al. (2008, p.1076)

O volume estimado é instituído ao longo das 24 horas de forma distinta, nas primeiras oito horas é administrado metade do volume total estimado e o restante nas restantes 16 horas, sendo que o início de administração é considerado com o momento da queimadura e não a hora da sua apresentação. No entanto para que este volume seja o quanto antes iniciado é imperativo o cateterismo venoso periférico de dois acessos, porém por vezes esta constitui uma barreira ao início da reposição hídrica, por difícil obtenção, pelo que deverá ser ultrapassada após três tentativas através da colocação de acesso intraósseo e posteriormente a colocação de cateter venoso central (Echinard & Latarjet, 2012). O Lactato de Ringer é considerado o soro de eleição, no entanto podem ser preferidos soros com gli-

cosados, de modo a prevenir hipoglicémias. Durante a reposição hídrica importa igualmente avaliar níveis iónicos no sangue (Culleiton & Simko, 2013; Lee & Herndon, 2007; Williams, 2011).

Segundo Lee & Herndon (2007) e Williams (2011) a administração de fluidos deve ser titulada para obter um débito urinário de 1 ml/kg/h em crianças e 2 ml/kg/h para lactentes, sendo portanto avaliada a necessidade de efetuar cateterismo vesical, sendo este imperativo em situações de ATSC superiores a 20% (Culleiton & Simko, 2013; Echinard & Latarjet, 2012; Lee & Herndon, 2007; Urden et al., 2008).

Por outro lado, em crianças com queimadura a nível dos membros a avaliação da pressão arterial não invasivamente não é conseguida, motivo pelo qual impera a colocação de linha arterial. Lee & Herndon (2007) acrescentam que nessas situações a colocação da linha arterial a nível da femoral deve ser preferida à radial, uma vez que se revela mais fidedigna e de fácil colocação e manutenção.

A necessidade de descompressão dos tecidos lesados é uma realidade frequente no tratamento de crianças vítimas de queimaduras graves, assim, a necessidade surge pelo edema em redor da área atingida poder interferir com a circulação de um membro e levar à sua perda, motivo pelo qual é fundamental que se despistem sinais de compromisso neurovascular, e se necessário, proceder-se à realização de escarotomia. Contudo, na sequência de síndrome compartimental secundário a queimaduras elétricas ou queimaduras com atingimento de tecidos abaixo da aponevrose de revestimento, poderá ser necessário combinar a escarotomia com fasciotomia (Williams, 2011).

O suporte nutricional instaurado precocemente contribui significativamente para a diminuição da morbilidade da criança vítima de queimadura. O hipermetabolismo gerado e consequente aumento de gasto de energia levam a uma necessidade extrema de suporte nutricional adequado, por outro lado, o aporte entérico estimula a troficidade intestinal e diminui o risco de translocação bacteriana (Echinard & Latarjet, 2012; Lee & Herndon, 2007). A criança vítima de queimadura grave necessita de entubação nasogástrica para iniciar a alimentação precocemente. Para um início alimentar quase imediata pode ser colocada uma sonda transpilórica, diminuindo a necessidade de pausas alimentares para realização de procedimentos invasivos (Lee & Herndon, 2007).

Durante toda a abordagem à criança vítima de queimadura grave é importante a manutenção da sua temperatura corpórea, pois Sheehy (2010) refere que a descida da temperatura se repercute negativamente no seu prognóstico, logo a descida de 1°C aumenta significativamente a sua mortalidade. Para além da perda do mecanismo fundamental de regulação provocado pela queimadura, a perda de calor é agravada pela administração de fluidos à temperatura ambiente, pela irrigação das lesões por queimadura e tão simplesmente pela temperatura ambiente, devendo a equipa multidisciplinar estar sensibilizada para este facto e assim adequar a sua prestação de cuidados com o intuito de não possibilitar o agravamento do prognóstico da criança.

Na abordagem à criança vítima de queimadura é imperativo o uso da técnica asséptica em todos os procedimentos, pois aliada à nutrição adequada e uma higiene pessoal rigorosa, minimizará os riscos de infecções. Igualmente, a observação da ferida deve ser realizada frequentemente e meticolosamente, logo qualquer alteração deve se relatada, pois, muitas vezes, indica infecção local ou sistêmica e exige intervenção imediata. Por outro lado, os doentes devem ser protegidos de fontes de contaminação cruzada, inclusive de outros utentes e visitantes (Chaves, 2013). A pessoa que sofreu uma queimadura está mais propensa à infecção, conforme Silva & Castilhos (2010) à medida que os resíduos se acumulam na superfície da ferida, o processo de epitelização pode encontrar-se comprometido, pelo retardar da migração dos queratinócitos. Apesar dos avanços que se têm constatado na medicina, nomeadamente no desenvolvimento de agentes antimicrobianos tópicos e sistêmicos, no suporte nutricional e o uso de técnicas cirúrgicas de excisão de tecidos desvitalizados e enxertia precoce da área queimada, a sépsis permanece um grande desafio, exibindo-se como umas das principais causas de óbito em utentes queimados (Macedo, Rosa, Macedo, & Castro, 2005). A destruição da barreira mecânica da pele revela-se uma importante alteração na defesa à patogenicidade, pois favorece a invasão por micro-organismos por via linfática e sanguínea. A presença de proteínas degradadas e tecidos desvitalizados proporcionam igualmente uma predisposição à infecção, pois são um excelente meio para o desenvolvimento e proliferação de microrganismos. Por outro lado, a obstrução vascular provocada pela lesão térmica dos vasos dificulta a chegada de antibióticos e de componentes celulares do sistema imunitário à área queimada (Macedo et al., 2005). Francisco et al. (2013) identificaram a infecção como a maior causa de morte em crianças queimadas (90%). Carvalho, Kuhnen, & Pereima (2013) corroboram este estudo, referindo que a queimadura ostenta um risco vital proporcional à extensão e profundidade da lesão, revelando-se a infecção ainda como a maior causa de morbidade e mortalidade conhecida no utente grande queimado que sobrevive à fase inicial do choque hipovolémico. Deste modo, na abordagem ao doente queimado é essencial estar atento a valores anormais de temperatura, função cardíaca, função respiratória e contagem leucocitária, pois são manifestações de síndrome da resposta inflamatória sistêmica. Por conseguinte quando esta síndrome se associa a um diagnóstico clínico ou laboratorial de infecção, a sépsis está instalada, e se esta não for tratada pode evoluir para disfunção de múltiplos órgãos e sistemas (Carvalho et al., 2013).

Ao longo de todo o processo de tratamento a criança experiencia dor, dor provocada pela queimadura, que se estende para lá do acidente e permanece constante em toda realização de penso. Rossi, Camargo, Santos, Barruffin e Carvalho (2000) referem que todos os profissionais e utentes indicam o momento da realização do tratamento à queimadura como o momento mais doloroso. Por outro lado, as cicatrizes pós-queimadura são dolorosas e provocam prurido, sobretudo à noite. Segundo Russo citado por Rossi et al. (2000) a dor inicia-se com a excitação direta pelo calor, das terminações nervosas da pele, devido à destruição das camadas superficiais da mesma, e como consequência, exposição das terminações nervosas sensitivas. Assim, na prestação de cuidados à criança vítima de queimadura

é fundamental que se previna e minimize a sua dor e sofrimento, necessitando os enfermeiros para tal de abdicar das suas experiências, quando estas forem deletérias, compreendendo a criança num todo, com características que lhe são próprias e exclusivas e valorizando a sua dor (Hortense & Sousa, 2009). Silva & Ribeiro (2011) acrescentam que a gestão da dor aguda nos utentes vítimas de queimaduras pode gerar consequências não apenas imediatas, mas, sobretudo tardiamente, afetando a sua qualidade de vida a nível físico e emocional. Por conseguinte, a equipe de enfermagem revela-se um elemento indispensável no processo de gestão da dor aguda, pois a sua participação pode influenciar o êxito e eficácia do alívio da dor. O enfermeiro deve participar ativamente em todo o processo de assistência à criança vítima de queimadura, nomeadamente no que à dor diz respeito, quer seja como agente potenciador, responsável por provocar dor ao realizar procedimentos dolorosos, ou como agente que participa no alívio da dor. Deste modo, o enfermeiro deve ser capaz de lidar com a dor dos utentes vítimas de queimadura, bem como reconhecer que os procedimentos de enfermagem podem potenciar a dor seja ela física ou psicológica (Rossi et al., 2000).

A necessidade de realização de procedimentos, quer sejam eles dolorosos ou não, é sempre acompanhada de ansiedade que potencia o grau de dor sentida pelo utente, podendo ainda provocar insónia, diminuindo, frequentemente, a tolerância à dor, uma vez que a tensão muscular relacionada com a apreensão e medo diminui o limiar de dor (Rossi et al., 2000). Deste modo, a extensão e localização da queimadura, associadas ao estado emocional, ao nível de ansiedade e de tolerância à dor, experiências anteriores, a cultura e a faixa etária contribuem para o desenvolvimento do grau e duração da dor tolerada pelo utente ao longo do desenrolar da sua recuperação (Rossi et al., 2000). Por este motivo Morton & Fontaine (2009) defendem a utilização de ansiolíticos em doentes vítimas de queimadura, devido à ansiedade relacionada com a aparência, com os medos e procedimentos realizados.

Serafim (2013) afirma que muitas das queimaduras, levam à necessidade de internamento hospitalar, devido à localização e profundidade, provocando o afastamento da criança do seu meio familiar, contribuindo para o agravamento do trauma. O utente queimado que necessita de internamento vivencia uma fase complicada na sua vida provocada por fatores não somente físicos, mas também psicológicos. Assim, para além da perda de fluidos, da grande propensão à infeção e dor, este utente é confrontado com a separação da família, alterações da imagem corporal, dependência de cuidados, perda de autonomia e uma tensão constante (Carlucci, Rossi, Ficher, Enéas, & Carvalho, 2007). Pereima (n.d.) corrobora esta ideia acrescentando que as queimaduras originam sequelas no utente e sua família que permanecem toda a vida.

Deste modo torna-se essencial a presença conjunta da equipe multidisciplinar, não apenas aquando da realização de procedimentos, mas também numa tentativa de aproximação do utente e sua família, mostrando-se disponível e sensível à situação vivenciada pelos mesmos, numa tentativa de os

ajudar e apoiar nesta etapa difícil das suas vidas (Carlucci et al., 2007). Cardoso, Lopes, & Miranda (2007) defendem que os utentes queimados evidenciam alterações fisiológicas graves de âmbito multissistémico, bem como alterações do foro psicossocial, constituindo-se como um desafio exigente de conhecimentos e aptidões a toda uma equipa de saúde. Serafim (2013) acrescenta que a maior parte das vezes a criança não tem inteligibilidade que a permita compreender como aconteceu o acidente, nem todo o processo que está a vivenciar, o que vai agravar o seu estado que, a nível psicológico se reflete em *stress* pós-traumático. Por todos estes motivos, a equipa de saúde deve estar desperta para identificar as situações geradoras de *stress* e as alterações comportamentais, tais como distúrbios psicopatológicos, durante o internamento, de modo a poder fornecer apoio para auxiliar a ultrapassar estas situações.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O enfermeiro é visto por Benner (2005) como um profissional que tendo como sustento uma base educacional sólida, desenvolve conhecimentos e competências através das suas experiências clínicas, as quais acrescentam conhecimento à teoria. Deste modo, tendo por base a metodologia de projeto de estágio e baseando-me na identificação de um problema da minha prática enquanto enfermeira que presta cuidados a crianças em situação crítica, numa UCIP, e no planeamento e implementação de estratégias para a sua resolução, o percurso edificado ao longo dos estágios teve por objetivo adquirir e desenvolver competências no cuidado à pessoa em situação crítica, nomeadamente à criança vítima de queimadura grave e sua família.

Quando iniciei o CMEPSC estava presente em mim a extrema necessidade de desenvolver competências na área de pessoa em situação crítica, porém de toda a imensidão que esta área inclui, eleger uma, devo confessar, não foi uma tarefa simples à primeira vista. Porém, e como tudo na vida faz sentido, em reflexão sobre a minha prática de cuidados denotei que enquanto profissional que presta cuidados numa UCIP, que recebe crianças vítimas de queimaduras graves, esta área encerrava grandes lacunas a nível da prestação de cuidados na unidade. A falta de protocolos atualizados, a falta de equidade na prestação de cuidados por parte de toda a equipa e o facto de ser uma área pela qual senti alguma empatia, revelou-se essencial para a eleger para este meu desenvolvimento de competências.

Assim, desde logo em discussão do projeto idealizado com os colegas e com o professor orientador, associado à revisão da literatura efetuada, contribuíram para uma compreensão da temática não só no âmbito do serviço ou hospital onde desempenho funções, mas também a nível nacional e internacional, contribuindo de igual modo para a perceção da real importância da temática para o desenvolvimento da Enfermagem e do estado de conhecimento atual na área. Assim possibilitar-me-ia ir de encontro com os objetivos e competências do CMEPSC definido pela ESEL (2010, p.1) que pretende que os estudantes desenvolvam “uma compreensão aprofundada e inovadora do discurso contemporâneo sobre saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde, na prática dos profissionais de saúde e na organização dos cuidados à pessoa em situação crítica.”.

Durante a implementação do projeto de estágio, percorri um longo caminho na busca de competências, passando para tal por dois contextos de estágio, uma UQ de um Hospital Polivalente (HP) e um SUP de um Hospital Polivalente Pediátrico (HPP), nos quais vivenciei experiências diversificadas e diferenciadas, que permitiram o desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, possibilitando-me também a concretização dos objetivos previamente definidos e o estabelecimento de pontes entre a teoria/evidência existente na prática.

Com o findar deste percurso traçado foi importante a elaboração deste relatório, no qual se procede à análise crítica e reflexiva de todas as experiências vivenciadas à luz da evidência científica existente.

2.1. Campos de estágio

Durante o planeamento do meu estágio foi-me possível realizar idas a campo, que me possibilitaram a definição de diferentes contextos de estágio, que me permitiriam dar resposta à minha necessidade de aquisição de conhecimento aprofundado na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente na criança vítima de queimadura grave e sua família. Deste modo, estes contextos foram eleitos sob o ponto de se revelarem benéficos à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, na área acima descrita, através da observação das suas práticas e da colaboração nas mesmas e por incitarem a reflexões constantes, contribuindo deste modo para o meu crescimento profissional.

Como ponto de partida optei por desenvolver estágio numa UQ, de modo a poder obter a compreensão da dinâmica de prestação de cuidados à pessoa vítima de queimadura grave, de modo a posteriormente poder transferir as competências adquiridas e desenvolvidas para o meu contexto de trabalho, ou seja para a prestação de cuidados a crianças vítimas de queimadura grave. A eleição deste serviço como ponto de partida deveu-se ao facto não só da inexistência de UQ pediátricas em Portugal, mas também uma vez que segundo a literatura disponível, o cuidar de utentes vítimas de queimaduras se encontra mais desenvolvido em adultos, que em idades pediátricas, o que constatamos desde logo pois apesar dos números de internamento pediátricos motivados por queimaduras permanecerem uma realidade muito presente, continuamos no nosso país a negar a necessidade de existência de uma UQ pediátrica.

Este estágio teve a duração de 11 semanas, iniciando-se a 6 de Outubro, tendo término a 21 de Dezembro. Assim delinheie como objetivo geral: desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à pessoa vítima de queimadura grave, em contexto de unidade de queimados. Os objetivos específicos, bem como as atividades a desenvolver durante este estágio encontram-se explicitadas em tabela seguinte:

Tabela 3: Objetivos específicos e atividades a desenvolver na UQ

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o percurso de encaminhamento para internamento da pessoa vítima de queimadura grave; • Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, e à sua família; • Desenvolver competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção da pessoa vítima de queimadura grave; • Desenvolver competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de dor da pessoa vítima de queimadura grave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar a equipa multidisciplinar; • Conhecer os objetivos do serviço; • Conhecer o modelo de prestação de cuidados; • Conhecer os recursos materiais e normas existentes no serviço; • Compreender a gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa; • Prestação de cuidados ao adulto vítima de queimadura grave e sua família; • Identificar estratégias para maximização da intervenção na prevenção e no controlo da infeção; • Identificar estratégias para maximização da intervenção na prevenção e controlo de dor; • Elaborar estudo de caso; • Pesquisar a evidência científica que sustente a prática de cuidados, solidificando um processo contínuo de prática baseada na evidência; • Refletir criticamente sobre as situações vivenciadas e estabelecer pontos de reflexão com a prestação de cuidados no meu local de trabalho; • Realizar formação em serviço a determinar.

Esta UQ serve todo o território nacional, na sua missão de prestação de cuidados especializados a utentes adultos vítimas de queimaduras graves, admitidos segundo protocolo Internacional para Internamento de utentes deste foro, em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Deste modo, a equipa cuida do utente vítima de queimadura grave cumprindo, entre outros, as condições de eficiência no suporte de vida, maximização de prevenção e tratamento de dor, controlo de infeção, prestando cuidados qualificados ao utente e sua família. Para tal, este serviço é constituído por cinco quartos, com capacidade total de oito vagas, sendo que possui um quarto com quatro camas e os restantes individuais, dos quais três são considerados de isolamento, uma vez que possuem antecâmara. O serviço dis-

põe ainda de duas salas de balneoterapia, um bloco operatório e todas outras áreas essenciais ao funcionamento de um serviço desta envergadura, tais como sala de enfermagem, vestiários para visitas, refeitório para utentes, entre outras. A UQ dispõe de equipamento de vanguarda no que diz respeito a suporte ventilatório, monitorização contínua ou técnicas de substituição renal contínua, bem como uma cama específica de alternância de pressões por terapia de fluidização de ar (*Clinitron*), que proporciona um ambiente ideal para cicatrização da pele, minimizando a pressão exercida e maximizando as propriedades de imersão e consequente cicatrização da mesma. Em relação aos recursos humanos, esta unidade é detentora de uma vasta equipa multidisciplinar, da qual fazem parte: anestesista; cirurgões de cirurgia plástica e reconstrutiva; médico intensivista; equipa de enfermagem, com diferentes níveis de competências, desde competências comuns a enfermeiros com competências específicas de especialista, nas áreas de especialização de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem Médico-Cirúrgica; assistentes operacionais; assistente social; fisioterapeuta; dietista e secretária de unidade.

Todo o utente vítima de queimadura é admitido inicialmente no serviço de urgência geral, do HP ao qual pertence a unidade, onde lhe é efetuada uma avaliação de modo a validar a sua necessidade de internamento em UQ, validação esta que corresponde ao cumprimento de critérios de admissão, sendo eles:

- queimaduras de 2º ou 3º grau, de mais de 10% da ATSC, em utentes com mais de 50 anos de idade;
- queimaduras de 2º ou 3º grau, de mais de 20% da ATSC, em utentes entre os 15 e 50 anos;
- queimaduras de 3º grau em mais de 5% da ATSC, em utentes de qualquer idade; - todas as queimaduras do 2º e 3º grau em áreas funcionais ou estéticas, da face, mãos, pés, genitais, períneo ou grandes articulações;
- queimaduras elétricas, incluindo “flash” elétrico;
- queimaduras químicas, em áreas funcionais ou estéticas;
- queimaduras envolvendo outros traumatismos ou doenças debilitantes nas quais a queimadura possa contribuir para o aumento da morbilidade ou mortalidade;
- queimaduras com lesões inalatórias;
- epidermólise tóxica.

Durante o desenvolvimento deste estágio frequentei a “IX Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras (RCASPQ)”, que decorreu no dia 15 de Novembro de 2014, na Figueira da Foz, tendo contribuído significativamente para a aquisição de conhecimentos, tão atuais quanto possível, relativos aos cuidados prestados aos utentes vítimas de queimaduras, tendo sido abordados temas como o tratamento da dor em UQ, os avanços no tratamento cirúrgico das queimaduras, a utilização de substitutos cutâneos, bem como o estado atual do tratamento das queimaduras pediátricas

em Portugal. Assim, estas temáticas vieram proporcionar um cimentar de conhecimentos, uma atualização, com o que de mais inovador se pratica, quer no nosso país, como no Mundo, contribuindo desta forma para a melhor compreensão da prática e consequentemente uma prestação de cuidados mais qualificada, quer na unidade onde desenvolvia estágio, quer mesmo nos estágios seguintes e posteriormente aplicabilidade na minha prática de cuidados diária. Por outro lado, os conhecimentos adquiridos possibilitaram uma reflexão conjunta com a equipa de enfermagem pertencente ao serviço onde desenvolvia estágio, sob a forma de sessão de formação, onde divulguei as novas diretrizes emanadas na “IX RCASPQ” e em conjunto validámos a sua execução ou não na unidade, avaliando igualmente formas para a sua aplicabilidade, contribuindo deste modo para uma melhoria na prestação de cuidados.

Após a realização do estágio anterior num serviço de adultos, revestia-se de importância fulcral a realização de um estágio em contexto pediátrico, direcionando o percurso de aquisição de competências para o âmbito da criança em situação crítica, nomeadamente para a criança vítima de queimadura, visto desenvolver funções num serviço de pediatria. O facto de trabalhar no único serviço, a nível nacional, que presta cuidados à criança vítima de queimadura grave, dificultou o planeamento de um estágio num serviço vocacionado para o cuidado à criança em situação crítica e que respondesse aos objetivos do projeto de estágio no âmbito da criança vítima de queimadura. Por esta razão foi eleito o serviço de urgência de um Hospital Pediátrico.

Este segundo estágio teve a duração de seis semanas, decorrendo de seis de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2014, tendo como objetivo geral: desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à criança vítima de queimadura grave, em contexto de urgência. Foram ainda definidos objetivos específicos e atividades a desenvolver durante estas semanas de estágio, enunciados em tabela seguinte.

Tabela 4: Objetivos específicos e atividades a desenvolver no SUP

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o percurso de encaminhamento para internamento da criança vítima de queimadura grave após chegada ao serviço de urgência; • Desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à criança vítima de queimadura grave e sua família, em contexto de urgência; • Desenvolver competências na maximização 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar a equipa multidisciplinar; • Conhecer os objetivos do serviço; • Conhecer o modelo de prestação de cuidados, • Conhecer os recursos materiais e normas existentes no serviço; • Compreender a gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa; • Prestação de cuidados à criança vítima de

da intervenção na prevenção e controlo de infeção da criança vítima de queimadura grave.

- **Desenvolver competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de dor da criança vítima de queimadura grave.**

queimadura grave e sua família;

- Identificar estratégias para maximização da intervenção na prevenção e no controlo da infeção;
- Identificar estratégias para maximização da intervenção na prevenção e controlo de dor;
- Elaborar estudo de caso;
- Pesquisar a evidência científica que sustente a prática de cuidados, solidificando um processo contínuo de prática baseada na evidência;
- Refletir criticamente sobre as situações vivenciadas e estabelecer pontos de reflexão com a prestação de cuidados no meu local de trabalho;
- Colaborar na atualização do protocolo de atuação na criança vítima de queimadura grave;
- Realizar formação em serviço a determinar;
- Realizar formação/ação de sensibilização para a criança/família, sobre prevenção de queimaduras.

Neste estágio para além de me permitir aplicar competências desenvolvidas em contexto do estágio anterior, permitiu-me ainda adquirir e desenvolver competência para posteriormente aplicar não só a nível do serviço onde desenvolvo funções, mas também a nível da área da criança queimada, da qual também este serviço beneficiará.

Na definição do meu projeto de estágio havia definido um outro local de estágio, que se situaria entre os dois anteriores, ocupando duas semanas do estágio de SUP, este estágio seria desenvolvido numa UCIP de Espanha, de modo, não só a poder observar uma realidade diferente da praticada no nosso país, mas também a adquirir e desenvolver competências numa UQ Pediátrica, com vista a uma maior semelhança com o meu ambiente de trabalho e deste modo se revelar mais lucrativo para a transposição para o meu. Contudo, a realização deste estágio não me foi possível. Apesar de ter esta-

belecido contacto inicialmente com um Hospital de Barcelona, para o qual tinha boas referências, em termos de ser considerado centro de excelência no cuidado à criança vítima de queimadura grave, estando na vanguarda do conhecimento a nível Europeu, este em resposta ao meu pedido não o autorizou. Posteriormente contatei uma UQ pediátrica de Madrid, igualmente um centro de excelência apesar de menores dimensões que o de Barcelona, porém foi-me respondido que o Hospital não tinha condições para me receber durante o período pretendido, só teriam disponibilidade para aceitar o meu estágio no período entre Julho e Agosto, período que se encontrava fora do calendário de atividades escolares, bem como do calendário de desenvolvimento do projeto. Com grande pesar meu e considerando como uma limitação à execução do meu projeto, porém sem possibilidade de concretização.

Com a não concretização do estágio a UQ pediátrica em Espanha, as duas semanas de estágio que lhe estavam destinadas e definidas em projeto de estágio acabaram por ser alocadas ao estágio de SUP supramencionado, por grande disponibilidade da Enfermeira Chefe do SUP em questão, a quem agradeço.

3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este capítulo é destinado à análise, de forma crítica e reflexiva, das diferentes experiências vivenciadas no decurso dos dois campos de estágio, explanando as competências desenvolvidas, sem esquecer também a experiência anterior como enfermeiro. Benner (2005) defende que no processo de aquisição e desenvolvimento de competências a experiência não se cinge apenas à passagem do tempo, mas também à vivência e reflexão sobre as situações reais.

Assim, a experiência clínica prévia recai sobre a prestação de cuidados a crianças em situação crítica no âmbito da urgência e emergência numa UCIP de HPP, onde desempenho funções desde 2006, tendo tido uma pequena experiência no SUP do mesmo HPP (cerca de 8 meses), enquanto intercâmbio de serviços. Desta forma, foi necessário realizar uma autoavaliação da experiência profissional atual tendo em conta os níveis de perícia propostos por Benner (2005). Assim, o enfermeiro proficiente “percepciona as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada, e as suas acções são guiadas por máximas” (Benner, 2005, p. 50). Neste nível de competência o enfermeiro aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que vão ocorrer numa determinada situação e como se pode reconhecer que o que era previsto não vai acontecer. Importa salientar que, para o mesmo autor “encontramos enfermeiros proficientes (...) que trabalham (...) há cinco anos” no mesmo contexto laboral, embora este período de tempo seja uma estimativa que necessita ser aprofundada (Benner, 2005, p. 53). Pelo exposto, ao nível da prestação de cuidados no âmbito dos cuidados intensivos a auto-avaliação versa no nível proficiente.

3.1. Unidade de Queimados

O meu percurso de aquisição e de desenvolvimento de competência viu-se iniciado aquando da aplicação do projeto previamente delineado, no qual defini como campo de estágio inicial uma UQ, de um HP, visto considerar que seria um serviço bastante enriquecedor para este meu percurso, tendo como objetivo geral: Desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à pessoa vítima de queimadura grave, em contexto de unidade de queimados. Assim, a seis de Outubro de 2014 iniciei o caminho que viria a ser uma mais-valia não só a nível profissional com a aquisição e desenvolvimento de competências gerais de enfermeiro especialista, mas e acima de tudo, competências específicas da área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente da criança vítima de queimadura grave e sua família, mas também um grande amadurecimento a nível pessoal. Tendo em conta a dinâmica e organização deste serviço, considerei estarem criadas as condições essenciais para a concretização de um percurso de sucesso, no que ao

cumprimento dos objetivos definidos diz respeito. Assim, no decorrer do meu estágio tive a oportunidade de observar e prestar cuidados a utentes vítimas de queimaduras variadas, tendo em conta o tipo de queimadura, a sua localização, e também a sua área total de superfície corporal.

Nesta unidade tive oportunidade de colaborar na admissão de utentes vítimas de queimaduras a este serviço. O utente é transferido do serviço de urgência geral para a UQ na companhia de médico e enfermeiro que na sala de *transfer* transmitem a informação recolhida até então. Nesta sala é removido todo o vestuário e penso existente e é transferido para a maca-chuveiro (“*Shower Trolley*”). Sempre que a situação clínica o permita, o utente é questionado sobre informação em défice e é informado e esclarecido sobre os procedimentos médico-cirúrgicos a realizar. Após este completar de processo clínico o utente é transferido para a sala de admissão/ressuscitação, onde sob suporte anestésico, com sedo-analgesia ou anestesia geral é iniciado todo tratamento necessário: entubação endotraqueal e ventilação mecânica, ou entubação nasogástrica, se necessário; início de reposição hidro-electrolítica; realização de profilaxia de tétano, se necessário, colheita de exsudados com zargatoas para exames bacteriológicos, nas zonas queimadas e nas zonas envolventes; biópsia das áreas queimada e não queimada; colheitas séricas, se necessário; banho terapêutico; escarotomias/fasciotomias, se necessário; tricotomia das áreas com indicação e por fim, mas não menos importante procede-se à execução do penso. Só após toda a finalização deste longo processo é que o utente é encaminhado para o seu leito.

Participar neste complexo processo de cuidados proporcionou-me um crescimento ímpar a nível da prestação de cuidados ao utente vítima de queimadura. Assim, desde logo a constatação da importância da construção de uma avaliação inicial do utente, onde conte a sua história de lesão por queimadura; os seus antecedentes pessoais; a constatação de alergias; a validação de plano de vacinação, nomeadamente vacina antitetânica atualizada, de modo a poder direccionar e individualizar a prestação de cuidados ao utente, pois cada utente é único, com necessidades singulares, onde a prestação de cuidados é complexa e multidimensional, com respeito pela sua autonomia. Por conseguinte, para adequarmos a prestação de cuidados ao utente importa conhecê-lo, motivo pelo qual Pontes, Leitão & Ramos (2008) consideram que o momento de recolha de informação serve de base à realização das restantes etapas do processo de enfermagem, mostrando-se relevante a importância de se desenvolverem estratégias de relacionamento interpessoal que favoreçam a comunicação terapêutica. Afinal, se pretendemos dirigir os cuidados à pessoa específica, impera que a conheçamos no seu todo, onde valorizemos a sua experiência prévia de doença; percebamos os significados que atribuí à situação presente; compreendamos de que recursos e rede de suporte dispõe, e compreensão da situação e das necessidades inerentes para a ultrapassar. Impera ainda reconhecer que o conhecimento do utente na sua plenitude não é nunca, ou muito dificilmente será alcançado, por muito boa relação terapêutica ou de confiança se estabelece muito dificilmente acedemos ao verdadeiro ser do utente, assim, apenas

auscultamos o que este nos quiser facultar. Por outro lado, conhecer o utente é um processo contínuo, que deve ser continuado para além deste momento inicial, um caminho de busca de informação para além do que nos é comunicado, através do que nos é transmitido pela expressão corporal, pela forma como o utente/família vivencia esta situação dolorosa, pela sua forma de estar.

Não só durante a admissão do utente, mas também ao longo de todo o seu internamento foi-me possível desenvolver competências na avaliação, monitorização hemodinâmica e realização de procedimentos específicos, avaliação de ATSC, gestão de fluidoterapia de acordo com a fórmula de Parkland, gestão de dor, balanços hídricos de acordo com as necessidades dos utentes e medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalares.

No que concerne à monitorização hemodinâmica, dada a especificidade da população alvo de cuidados, com o seu cariz de instabilidade hemodinâmica, a UQ encontra-se vocacionada para a prestação de cuidados a utentes em estado crítico, com necessidade de monitorização e vigilâncias contínuas (Caldas, Petronilho, Petronilho, & Machado, 2010). Por sua vez Francisco et al. (2013) acrescenta que prestar cuidados de Enfermagem ao utente queimado exige que o enfermeiro seja detentor de alto nível de conhecimento científico sobre as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema orgânico após uma queimadura. Neste âmbito, pelo corpo de conhecimentos e competências especializadas que possui, o Enfermeiro com especialização em Pessoa em Situação Crítica desempenha uma intervenção primordial na monitorização, na deteção precoce e minimização de complicações, alterações do estado do utente, na avaliação das causas, bem como na tomada de decisões sobre a prestação de cuidados adequada à situação, e avaliação de recursos a ativar, paralelamente com a avaliação das intervenções implementadas. A OE (2001) destaca esta importância quando emana que após a identificação de um problema as intervenções de enfermagem são prescritas de modo a evitar os riscos, diagnosticar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar problemas reais, bem como referenciar a outros elos da equipa multidisciplinar o problema diagnosticado, de modo a que possa ser colmatado. Por outro lado, ao nível de estado de perito, com o seu grande leque de experiência a enfermeira compreende de maneira intuitiva cada situação, apreendendo rapidamente as alterações ao estado dos utentes, nomeadamente antecipando deterioração do mesmo (P. Benner, 2005). Paralelamente, no domínio da tomada de decisão, a enfermeira perita gere situações complexas de forma notável, intervindo de forma adequada e avaliando a necessidade de se socorrer de recursos disponíveis, ativando-os (P. Benner, 2005). Assim, tendo em conta estes pressupostos, no decurso da minha prestação de cuidados ao utente vítima de queimadura, tendo em mente tal como defende Caldas et al. (2010) que os utentes em estado crítico apresentam frequentes alterações ou risco potencial de doença, ou complicações cardiovasculares, mantive uma vigilância hemodinâmica dos utentes, de acordo com as suas especificidades, nomeadamente níveis de gravidade, de modo a prevenir complicações e na presença das mesmas atuar com vista à sua resolução. Deste modo, num

turno em que fiquei com um utente vítima de queimadura térmica detetei alterações de traçado electrocardiográfico, associado a uma astenia mais evidenciada, realizei gasimetria e após constatar alterações iónicas comuniquei à equipa médica intensivista, para que fossem efetuados ajustes terapêuticos de modo a corrigir este problema e a inibir a ocorrência de problema potencial, nomeadamente paragem cardíaca. Considero deste modo ter agido em consonância com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (RCEEEEPSC), prestando “cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”, através da identificação de foco de instabilidade e resposta pronta e antecipatória aos mesmos (OE, 2011b), indo ainda de encontro com o defendido por P Benner, Kyriakidis, & Stannard, (2011) para os quais a atuação dos enfermeiros em contextos de grande complexidade se caracteriza por um pensamento em ação que requer a identificação e resolução de problemas específicos, bem como na antecipação e prevenção de potenciais problemas, exigindo a mobilização de vários conhecimentos, recursos e habilidades clínicas e a sua adaptação de forma holística a cada utente.

Os utentes vítimas de queimaduras requerem um olhar atento no seu cuidar, uma vez que o que inicialmente se traduz num fenómeno local e limitado, rapidamente se generaliza. Deste modo torna-se essencial que sejam analisadas com a maior brevidade não só as consequências locais, relacionadas com a classificação das feridas quanto à profundidade das mesmas e suas causas, mas também as suas consequência regionais e gerais, que nos conduzem à compreensão da real gravidade da lesão por queimadura (Echinard & Latarjet, 2012). Uma vez que na minha realidade profissional poucas são as possibilidades de avaliação e classificação das feridas, foi importante ao longo da prestação de cuidados ao utente vítima de queimadura compreender a real gravidade da ferida, tendo em conta a classificação da lesão, a ATSC, bem como áreas afetadas, pois como defende Echinard & Latarjet (2012) são estes os fatores determinantes da gravidade da queimadura. Urden et al. (2008) defendem que o método simples e rápido de realizar a avaliação consiste na regra dos nove de AB Wallace, também defendido por Echinard & Latarjet (2012). Este método consiste em dividir o corpo do adulto em áreas de superfície de 9%, sendo que apenas a cabeça e os membros superiores representam essa área, o tronco representa quatro vezes esta área, 18% tronco anterior e igual percentagem o tronco posterior. Cada membro inferior representa duas vezes a área de 9%, e os órgãos genitais externos são avaliados em 1% (Echinard & Latarjet, 2012; Urden et al., 2008). Porém, no que diz respeito à pediatria, devido às suas particularidades o método mais usual é o de Lund and Browder, em que a área de cada parte do corpo do utente é considerada em função da idade. Durante a realização de estágio na UQ, apesar do descrito na bibliografia constatei que o método utilizado para quantificação da ATSC é o também usualmente aplicado à pediatria, no qual cada área do corpo possui uma quantificação, o que contribuiu para um aproximar da realidade pediátrica, assim, em crianças de idades mais elevadas (adolescentes) a correspondência é coincidente com os adultos.

No cumprimento do objetivo previamente definido para este estágio: de desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, e à sua família foi igualmente importante a aquisição de saberes e técnicas, desenvolvendo destreza na realização do tratamento à queimadura, em relação ao planeamento (selecção de material, de acordo com o tipo de lesão e prognóstico de atuação futura) e aplicação, relacionando-os com os resultados obtidos. De início confesso que me sentia um pouco inibida na realização deste procedimento, uma vez que na minha realidade profissional o enfermeiro é um mero espectador da equipe de cirurgia, que procede na íntegra ao tratamento da lesão por queimadura, ficando o enfermeiro responsável por lhe alcançar o material de que necessita. Na UQ na realização do tratamento à lesão por queimadura constatei um verdadeiro trabalho em equipa multidisciplinar, no qual todos os elementos interagem entre si, com o objetivo de proporcionar cuidados de qualidade no tratamento à pessoa vítima de queimadura, tendo em conta o respeito pela dignidade humana, e dando especial atenção à prevenção e controlo de dor durante o mesmo, bem como a prevenção e controlo de infeção. Deste modo, foi-me possível adquirir competências na selecção e preparação de todo o material necessário ao procedimento, tendo em conta a evolução da lesão. A balneoterapia é definida por Carreiro (2008) como o procedimento realizado ao utente devidamente sedo-analgésiado, que consiste na limpeza mecânica, com fricção manual sobre as lesões por queimadura, socorrendo-se de princípios de assepsia, para prevenção e controlo de infeção. Assim, o tratamento tem início após a realização da gestão da sedação e analgesia, sendo esta efetuada em concomitância entre anestesista e enfermeiro. Posteriormente é aberto o penso existente, retirando as compressas sempre após a sua total irrigação, de modo a não lesar áreas em processo de cicatrização (Carreiro, 2008). Como anteriormente descrito, na unidade onde desempenho funções esta prática não é realizada, uma vez que a unidade não possui recursos materiais e organizacionais que nos proporcionem realizar balneoterapia, motivo pelo qual o penso é realizado no quarto e leito do utente e maioria das vezes é removido sem irrigação das compressas, proporcionando em determinadas situações lesão das regiões em cicatrização, atrasando este processo.

Durante o procedimento de tratamento à lesão por queimadura, constatei que nesta UQ é dada grande importância à prevenção e dor do utente, o que contribuiu para o cumprimento do objetivo delineado: Desenvolver competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de dor da pessoa vítima de queimadura grave. Durante toda a prestação de cuidados desta unidade verifiquei existir sempre primazia na maximização de intervenções na prevenção e controlo de dor, uma vez que quer durante a prestação de procedimentos dolorosos, quer na sua ausência a equipe multidisciplinar teve em atenção a inibição de dor ao utente. Assim, procedendo a uma avaliação criteriosa da dor neste serviço socorrem-se da escala numérica de dor, na qual o utente quantifica a sua dor, segundo uma escala crescente de dor, oscilante entre zero de ausência de dor e dez como dor máxima. Porém e visto que nem todos os utentes são capazes de auto-avaliar a sua dor, os utentes sedo-analgésidos,

encontra-se ainda implementada a escala Behavioral Pain Scale (BPS), consistindo na avaliação da expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação, permitindo definir a intensidade da dor entre três, num nível de ausência de dor, e 12, em presença de intensidade máxima de dor, esta escala destina-se a avaliar a dor em utentes sedados e inconscientes sob ventilação mecânica.

Para uma boa evolução do utente vítima de queimadura é essencial uma limpeza regular da ferida. Porém a dor provocada durante este procedimento “ultrapassa sempre o limite do que é superável com analgesia superficial.” (Cantinho, Santos, & Silva, 2004, p.230). Deste modo, o cuidado à lesão por queimadura requer o uso de analgésicos potentes, independentemente da idade do utente, mas ajustadas de acordo com situação clínica específica de cada utente. Antes do início de qualquer procedimento o anestesta e a equipe de enfermagem discutem sobre a sedo-analgesia a utilizar durante o procedimento dependendo: das queixas algicas referenciadas pelo utente em procedimentos similares; do procedimento a realizar ser mais ou menos invasivo, mais ou menos potenciador de dor; da reação do utente à administração de sedo-analgesia. Na maioria das situações a equipa chega mesmo a validar com o utente como vivenciou a situação dolorosa em experiências prévias. Deste modo, o cuidar da dor dos utentes vítimas de queimadura nesta UQ revelou-se de excelência, tendo em conta a minimização da dor no utente, sempre que possível, com o seu envolvimento em tomadas de decisão, para um melhor adequar de práticas. Em paralelismo com o meu contexto de trabalho, como suprarreferido, infelizmente nem sempre é cumprido o total ajuste da sedo-analgesia ao procedimento a realizar, daí que este estágio tenho atribuído uma grande significância ao desenvolvimento de competências a transpor para a minha prática diária. Lima, Arruda, Carvalho, Melo, e Silva (2013) e Silva e Ribeiro (2011) defendem que existem evidências de que o prognóstico do quadro algico dos utentes vítimas de queimaduras depende, em grande parte, da intervenção de enfermagem na gestão da dor, motivo pelo qual se revela imprescindível a compreensão deste estímulo, e a detenção de conhecimentos e recursos que possibilitem a implementação de intervenção farmacológica e não farmacológicas que visem o controlo efetivo da dor, minimizando o trauma psicológico associado à dor e para que esta não se transforme numa dor crónica.

Constatei ainda que perante a realização de tratamentos dolorosos, tais como autoenxertos, os profissionais atribuíam grande significado aos mesmos, reconhecendo a região dadora como região bastante dolorosa, motivo pelo qual após a realização deste tratamento a gestão de dor era ainda mais relevante. Na “IX RCASPQ” previamente referenciada, uma das atualizações vai efetivamente de encontro com o controlo de dor em situação de autoenxertos, em que atualmente as regiões dadoras estavam, a ser protegidas por compressas de gaze gorda embebidas em ropivacaína, proporcionando uma analgesia local, que contribuía para a melhoria significativa do cuidar ao utente, minimizando a sua dor. Durante a sessão de formação que realizei na UQ (Apêndice II), tendo como tema central a divulgação dos contributos adquiridos com a frequência na “IX RCASPQ”, este foi um assunto deba-

tido, e após a formação constatei a aplicação deste contributo no dia-a-dia da UQ. Assim, estando consciente de que o conhecimento apenas adquire relevância quando se traduz em melhoria das práticas, sendo esta mais substantiva quando o conhecimento é partilhado, considero que este estágio foi propiciador para a partilha de experiências e competências adquiridas ao longo do processo de enriquecimento de conhecimentos, com a frequência de reuniões e revisão sistemática atual e a sua transmissão à equipa, influenciando a prestação de cuidados de saúde prestados nesta unidade, nomeadamente a prestação de cuidados de enfermagem, através de modificações baseadas em conhecimentos prévios, indo de encontro a um dos objetivos definidos pela ESEL (2010).

Segundo Silva & Castilhos (2010) o utente vítima de queimadura encontra-se mais propenso à infeção, pois à medida que os resíduos se acumulam na superfície da ferida, o processo de epitelização pode encontrar-se comprometido, pelo retardar da migração dos queratinócitos. Deste modo, a destruição da barreira mecânica da pele apresenta-se uma importante mudança na defesa à patogenicidade, uma vez que vai favorecer a invasão por micro-organismos por via linfática e sanguínea. A presença de proteínas degradadas e tecidos desvitalizados proporcionam igualmente uma propensão à infeção, pois são um excelente meio para o desenvolvimento e proliferação de microrganismos. Por outro lado, a obstrução vascular provocada pela lesão térmica dos vasos dificulta a chegada de antibióticos e de componentes celulares do sistema imunitário à área queimada (Macedo et al., 2005).

Assim, a realização da limpeza da ferida favorece a remoção do exsudato e do tecido necrosado, prevenindo a proliferação de micro-organismos, considerando-se deste modo um procedimento essencial no tratamento da pessoa vítima de queimadura (Chaves, 2013). Por este motivo, Chaves (2013) defende ainda que em queimaduras profundas é imperativo o desbridamento cirúrgico tão breve quanto possível, pois o seu prolongar pode ter consequências devastadoras no combate à infeção, visto que a crosta se revela um meio enriquecido de cultura microbiana, com ação imunodepressora. Por outro lado, dado que a barreira cutânea se encontra destruída os utentes vítimas de queimaduras encontram-se mais suscetíveis a infeções, sendo imperativo o uso de medidas de prevenção e controlo de infeção, assim, o uso de equipamento de proteção individual é uma das medidas mais utilizadas pelos profissionais durante a prestação de cuidados aos utentes (Chaves, 2013). Paralelamente em todos os procedimentos prestados aos utentes vítimas de queimaduras torna-se essencial a utilização de equipamentos estéreis e técnica correta, assética, com vista à prevenção e controle das infeções relacionadas com o manuseio da área queimada, para evitar a contaminação cruzada (Chaves, 2013). Chaves (2013) refere contudo, que mesmo em cumprimento de todas as precauções asséticas e a utilização de agentes antimicrobianos tópicos na realização do tratamento à queimadura, esta representa um meio excelente para o crescimento e proliferação bacteriana, estando o mesmo dependente de diversos fatores inerentes ao utente, tais como a sua idade e extensão da superfície corporal da mesma, a profundidade da lesão, sendo também influenciado pelo tipo de micro-orga-

nismo, pela quantidade e tipo de procedimentos terapêuticos efetuados ao utente, e tempo de internamento, sendo altamente potenciado pela falha na utilização de meios de proteção básicos na prestação de cuidados à lesão.

Durante o percurso realizado nesta unidade constatei que, para a prestação de cuidados os profissionais socorriam-se sempre de equipamentos de proteção individual, como avental, máscara e luvas. O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007) e Liang, Theodoro, Schuur & Marschall, (2014) defendem que é obrigatória a utilização de equipamentos de proteção individual, de modo a evitar a transmissão de microrganismos infecciosos entre utentes, bem como proteger os profissionais, englobando também cuidados na higienização das mãos e manuseio seguro de equipamentos e superfícies potencialmente contaminados. Já Pina, Marques & Matos (2010, p.33) acrescentam que “ (...) o uso de Equipamentos de Proteção Individual faz parte integrante das Precauções básicas, tendo vindo a ganhar importância devido à necessidade de garantir a segurança não só do profissional de saúde, mas também dos doentes”.

De salientar que durante este estágio contribuí para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem na UQ, nomeadamente no que à prevenção de infeção diz respeito, através da minha participação na auditoria relativa à higienização das mãos, uma vez que a enfermeira que orientou o meu estágio pertencia à dinamização do grupo de controlo de infeção da UQ. Pois como refere Pina et al (2010) a utilização dos equipamentos de proteção individual não substituem a realização das medidas básicas de higiene, nomeadamente a higienização das mãos. Assim, após ter obtido instruções sobre a grelha de avaliação a aplicar realizei observações sobre a prática da higienização das mãos quanto à sua realização, tendo em conta os diferentes momentos da mesma. A higienização das mãos é considerada das medidas mais simples e efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde (Direção Geral de Saúde, 2010). Por este motivo, e tendo em conta que a transmissão de micro-organismos entre os profissionais e os utentes e entre utentes, através das mãos é uma realidade incontornável, sendo que na transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de micro-organismos, é imperativo que se implementem medidas de promoção de boas práticas, nas quais a monitorização da prática de higiene das mãos se revela um elemento chave (Direção Geral de Saúde, 2010). Durante a monitorização da higienização observei o cumprimento dos “cinco momentos” sendo eles: Antes do contacto com o utente; Antes de procedimentos limpos/assépticos; Após risco de exposição a fluidos orgânicos; Após contacto com o utente e Após contacto com o ambiente envolvente do utente. Nesta auditoria não foi avaliada a eleição entre solução antisséptica de base alcoólica ou sabão, ou o cumprimento da utilização de técnica correta, pois segundo a enfermeira que acompanhei esta era apenas a auditoria inicial, sendo que perante os resultados desta seriam aplicadas outras monitorizações.

A UQ reveste-se de um cariz que lhe é próprio, visto possuir como missão a prestação de cuidados especializados a utentes vítimas de queimaduras, esta unidade é detentora de recursos não só humanos, mas também materiais, capazes de darem uma resposta qualificada a estes utentes. Deste modo, a unidade possui um bloco operatório destinado à realização de procedimentos à lesão por queimadura, quer sejam eles procedimentos de desbridamento mecânico, ou procedimentos de realização de enxertos, autoenxertos e transplante de membrana amniótica. Durante o percurso de estágio tive a oportunidade de observar ambas as realidades, assim tive oportunidade de adquirir competências numa área totalmente nova, num contexto de bloco operatório. Um local onde se dá primazia aos meios técnicos altamente qualificados, capazes de tornar cada vez mais qualificado o cuidado ao utente vítima de queimadura. Durante a realização destes procedimentos é essencial um trabalho em equipa coeso, onde a enfermeira perita, intuitivamente prevê o passo seguinte, sem necessitar que lhe seja solicitado, onde está atenta ao utente, despistando possíveis alterações ou complicações (P. Benner, 2005).

A área dos cuidados críticos possui características marcadamente médicas, os equipamentos e técnicas desenvolvidas nas últimas décadas tornaram as UCI num ambiente tecnologicamente avançado. Estas unidades procuram dar resposta a pessoas em estado crítico, instáveis e em risco de vida muitas vezes iminente. O estado fisiopatológico dos utentes internados é, na maior parte das vezes, o principal foco de atenção dos profissionais de saúde que trabalham nesta área, fazendo com que se priorize uma assistência intensiva e tecnologicamente sofisticada e muitas vezes acabe por descurar que a família é parte integrante do utente família. A ansiedade provocada pela proximidade da morte, o medo, o sofrimento e a angústia, encontram-se associados à hospitalização inesperada de um familiar em estado crítico, o que pode gerar uma situação de crise e dificultar a adaptação e tomada de decisão da família (P Benner et al., 2011; Elliott, Aitken, & Chaboyer, 2012). Esta experiência *stressante* pode desencadear um conjunto de problemas fisiológicos e psicológicos, não apenas à pessoa doente, mas também aos membros da sua família (Chiu, Chien, & Lam, 2004). Os familiares podem experienciar *stressores* que ameacem tanto a sua saúde como a integridade familiar. Alguns parentes podem exibir alterações no sono e apetite, assim como mudanças nos papéis e responsabilidades familiares, o que condicionará toda a dinâmica familiar (Horn & Tesh, 2000).

Estudos envolvendo famílias de pessoas internadas em UCI, revelaram que existem familiares que desenvolvem sintomas associados a depressão e *stress* pós-traumático. Na generalidade, as famílias destes utentes apresentam necessidades relacionadas com a garantia da eficiência na prestação de cuidados, comunicação, informação e proximidade ao seu ente querido (Davidson, 2009; Obringer, Hilgenberg, & Booker, 2012). Em Enfermagem, o cuidar da família centra-se, fundamentalmente, em três aspetos: assegurar que a família possa estar com o seu familiar doente; fornecer informação e

suporte aos familiares e encorajar o envolvimento da família na prestação de cuidados (P Benner et al., 2011).

Tendo por base estes pressupostos ao longo da minha realização de estágio não só a componente técnica foi valorizada, também a componente relacional e comunicacional, baseando-me numa prestação de cuidados global ao utente, não o esquecendo no seu todo, como elemento constitutivo de uma família. Assim, visto neste serviço, dada a especificidade do mesmo e o elevado risco de infeção dos seus utentes, existir uma limitação de visitas, encontrando-se definido um horário de visita e sendo as visitas limitadas a um familiar por dia, realidade esta distinta da minha realidade profissional, onde a família, nomeadamente os pais se encontram em permanente acompanhamento da criança, tentei sempre que possível acompanhar os familiares na sua visita com o intuito de lhes fornecer informação sobre a situação do utente, bem como fornecer-lhes suporte e encorajar o seu envolvimento na prestação de cuidados, quando possível. A família encontra-se vulnerável, perante um turbilhão de sentimentos e emoções com os quais nem sempre é capaz de lidar. Tendo em conta que o *stress* a que as famílias estão sujeitas é muito elevado, como referem Bettinelli & Erdmann (2009), estas encontram-se necessitadas de apoio/suporte e de esperança, que procuram nos profissionais de saúde e nem sempre encontram. Assim, cabe ao enfermeiro encontrar-se desperto para esta situação, mostrando-se disponível para a apoiar e/ou ajudá-la a encontrar o apoio adequado, caso esta assim o deseje.

Referindo P Benner et al. (2011) que a relação enfermeiro/utente/família é sempre única e situada no contexto em que ocorre, o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica foi central no desenvolvimento de estágio. Para tal revelou-se essencial a aplicação e desenvolvimento de conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa e utilizando estratégias facilitadoras da comunicação com a pessoa com barreiras à comunicação.

A enfermeira responsável pela orientação do meu estágio na UQ, sendo detentora do Mestrado na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica era também responsável pela chefia de turnos, assim ao acompanhá-la tive oportunidade de observar as atividades de gestão de recursos do serviço, particularmente humanos e materiais. Ao nível da gestão de recursos materiais foi-me possível realizar a revisão e manutenção do carro de emergência e dos ventiladores existentes, participei na gestão de stocks de farmácia, bem como validação da sua entrega. Em relação à gestão de recursos humanos e gestão de cuidados, pude observar a intervenção da enfermeira enquanto promotora da segurança e qualidade dos cuidados, através da supervisão destes, do suporte ao desempenho profissional dos restantes elementos da equipa, da colaboração na tomada de decisão e na adoção de uma intervenção de liderança e gestão dos recursos adequados a cada situação específica. Este acompanhamento possibilitou o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos

cuidados, no sentido da otimização da resposta da equipe de Enfermagem, bem como na sua articulação com a equipa multidisciplinar, tal como defende a ESEL (2010), proporcionando-me uma transposição para o meu contexto laboral.

Com a análise crítica e reflexiva do meu percurso neste estágio considero ter adquirido e desenvolvido competências projetadas na ação, que se sustentaram em princípios, valores e normas deontológicas. Assim, a prestação de cuidados realizada na UQ foi de encontro não só com o respeito pelos direitos do utente, mas também com o respeito pelas responsabilidades profissionais.

3.2. Serviço de Urgência Pediátrico

Após o término do estágio anteriormente descrito numa UQ senti a necessidade de dar continuidade ao percurso de aquisição e desenvolvimento de competências num serviço de urgência, uma vez que potenciaria as oportunidades de aprendizagem, uma vez que muitos dos cuidados de estabilização da pessoa e os primeiros cuidados à lesão por queimadura são prestados nos serviços de urgência, permitindo-me assim contactar com uma fase mais precoce dos cuidados e do percurso do utente desde o momento do acidente até ao internamento posterior num serviço de enfermaria ou numa UCIP. Uma vez que desempenho funções numa UCIP tornava-se essencial a realização deste estágio em pediatria, indo de encontro com as minhas necessidades e correspondendo ao percurso desejado. Deste modo, este estágio permitir-me-ia dar continuidade ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências iniciado anteriormente, bem como desenvolver competências específicas no cuidado à criança em situação crítica. Também o facto de já ter exercido funções neste serviço durante seis meses, conhecer a dinâmica e funcionamento da equipa multidisciplinar e ter boas relações no seio desta, se revelou facilitador na participação na prestação de cuidados, e reflexão sobre estes, tal como na seleção de oportunidades significativas de aprendizagem e a partilha de experiências e conhecimentos com diferentes elementos da equipa. Deste modo estabeleci como objetivo de estágio: Desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à criança vítima de queimadura grave, em contexto de urgência.

Todavia as oportunidades de cuidados à criança vítima de queimadura foram limitadas, não tendo contactado com nenhuma situação de cuidados à criança vítima de queimadura grave, nem em situação crítica. Apesar desta condicionante aproveitei todas as situações de cuidado à criança vítima de queimadura para prosperar nas minhas competências a este nível, participando nos cuidados inerentes às várias fases do percurso destes utentes no serviço de urgência. No posto de triagem pude realizar a primeira avaliação da ferida, avaliação de área corporal queimada e eventuais complicações, tais como dor, alterações de sinais vitais, ou compromisso da permeabilidade da via aérea no caso de queimaduras da face. Atendendo ao facto de serem situações que exigem, muitas vezes, cuidados céle-

res, não só no que respeita ao tratamento da ferida, como também ao controlo da dor, reposição hídrica, manutenção da via aérea e/ou estabilização hemodinâmica da vítima, estas crianças são classificadas como urgentes ou muito urgentes, pelo que pude priorizá-las, e atendendo ao conhecimento dos recursos disponíveis no serviço, mobilizar os mais adequados a cada situação. Após a triagem, excepto situações que exigem cuidados de estabilização hemodinâmica, da via aérea e/ou hidro-eletrolítica (as quais são atendidas na sala de reanimação), estas crianças são observadas pela equipa de cirurgia, visando o tratamento da lesão por queimadura. Tendo participado nos cuidados prestados por esta equipa, pude aplicar e desenvolver conhecimentos detidos fruto do estágio anterior e da experiência laboral de cuidado à criança vítima de queimadura. Neste âmbito, uma vez que o primeiro tratamento à lesão por queimadura é aqui realizado a limpeza e desbridamento de tecidos morto e resíduos revela-se de extrema importância, com vista não só à adequada avaliação da área lesionada, mas também para prevenção da infeção e posterior adequada cicatrização.

No que respeita ao material de penso utilizado, sendo este o primeiro tratamento, pude observar que na maioria das situações foi utilizada a sulfadiazina de prata. Esta constatação vai ao encontro de Dias, Fontana, & Resende (2013); Ferreira & Paula (2013) quando referem que este é o material de penso normalmente utilizado aquando do primeiro tratamento à queimadura pelo poder bactericida da prata, por minimizar as perdas hídricas pela queimadura. De igual modo pude refletir que esta é uma prática consonante com a seguida no meu contexto laboral, quando o primeiro penso à queimadura é feito neste contexto, nomeadamente em situações de crianças transferidas de outras unidades de saúde diretamente para esse serviço, verificando-se normalmente no segundo tratamento a utilização de outro materiais de penso, normalmente contendo prata também, mas que permitam a absorção do exsudado numa fase de maior compensação hidro-electrolítica da criança.

Pelo facto de o contacto com a criança vítima de queimadura se cingir maioritariamente aos primeiros cuidados e realização do primeiro penso verifiquei da parte dos colegas algum desconhecimento de estratégias de tratamento da ferida para além da utilização da sulfadiazina de prata. Em virtude da minha experiência profissional e da frequência na “IX RCASPQ” considerei oportuna a partilha de conhecimentos, sendo planeada a realização de uma formação em serviço sobre estratégias de limpeza e tratamento da queimadura, a qual se veio a realizar já após o período de estágio, e que se revelou uma mais-valia para a qualificação da prestação de cuidados à criança vítima de queimadura grave.

Sendo a prevenção e controlo da infeção um aspeto chave dos cuidados à criança vítima de queimadura, atendendo ao facto de haver uma destruição da barreira cutânea que promove os riscos de infeção da ferida e o risco de sépsis, e tendo delineado como objetivo específico para o SUP: Desenvolver competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção da criança vítima de queimadura grave, pude desenvolver a noção da importância da antisepsia no tra-

tamento da queimadura, assim como aplicar e desenvolver habilidades na utilização de material esterilizado e prevenção da sua contaminação e de utilização de equipamento de proteção individual adequado à situação de modo a prevenir os riscos não só para criança a quem é prestado o cuidado, mas também para os restantes utentes e mesmo para o profissional de saúde. Assim, e visto ter detetado lacunas a este respeito, nomeadamente na não utilização de equipamento de proteção individual estéril, realizei um jornal de aprendizagem e posteriormente uma sessão de formação no SUP (Apêndice III) com o intuito de gerar reflexão sobre esta temática no seio da equipa de enfermagem e consequentemente gerar melhoria nos cuidados prestados à criança vítima de queimadura.

A prestação de cuidados num serviço de urgência, a utentes com processos de doença complexos e diversificados, levou-me a refletir, não apenas sobre as situações de cuidados à criança vítima de queimadura, mas sobre a multiplicidade de situações em que a prestação de cuidados coloca desafios à segurança do utente e do profissional, nomeadamente no que respeita à prevenção e controlo da infeção. Martins (2001) refere a este nível que os enfermeiros são os profissionais que mais permanecem em contacto físico com os utentes e consequentemente estão mais sujeitos ao risco de infeção, assim como podem ser o elo mais evidente na transmissão de infeção. Assumindo o enfermeiro especialista a responsabilidade de criar e manter um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2011a), gera-se a necessidade de garantir a segurança do utente e dos profissionais, mesmo em situações de informação limitada ou emergência, nas quais o reconhecimento dos riscos é, por vezes, difícil (Liang et al, 2014). Este facto faz com que as equipas de saúde destes contextos tenham que ter sempre em consideração a premissa de que os utentes não só têm o potencial de transmitir doenças infecto-contagiosas aos outros utentes e profissionais de saúde, como também estão vulneráveis à aquisição de infeções associadas aos cuidados que recebem (Carter, Pouch & Larson, 2014; Liang et al, 2014). Verifiquei porém que a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde em serviços de urgência constituem um desafio, dado que diversos fatores podem potenciar falhas a este nível, tais como: o elevado número de utentes a cuidar; a emergência e complexidade dos cuidados; o ímpeto de intervir sem adotar as precauções adequadas; as interrupções frequentes dos cuidados; a proximidade entre utentes, potenciada pela sobrelotação de espaços; os frequentes procedimentos invasivos, muitos dos quais emergentes; a exposição frequente dos profissionais a fluidos biológicos, potencialmente infetados. Carter, Pouch & Larson (2014) e Woodside, Rebmann, Williams & Woodin (2013) corroboram muitos destes aspetos quando referem que a infeção associada aos cuidados de saúde no serviço de urgência está geralmente relacionada com a grande afluência de utentes, a realização de procedimentos invasivos que envolvam técnica asséptica, com a gravidade da situação do utente, com a necessidade de executar procedimentos emergentes, com a exposição a utentes com doenças infecciosas, a fluidos corporais, procedimentos de alto risco como a punção endovenosa, incumprimento das precauções padrão, entre outros. Carter, Pouch e Larson (2014) e Liang, et al (2014) acrescentam que a utilização das precauções padrão e a utilização dos equipamentos de

proteção individual nos serviços de urgência continua a ser muito variável, não atendendo, por vezes, às recomendações e acarretando baixas taxas de higiene das mãos.

Assim pude refletir sobre o facto de em contexto pediátrico haver uma tendência ainda maior para menosprezar o potencial infeccioso da criança e negligenciar as precauções padrão levando a realizar uma punção venosa sem a utilização de luvas pelo facto de diminuir a sensibilidade do profissional aquando da palpação venosa. Esta reflexão permitiu reforçar a importância da utilização de equipamentos de proteção individual adequados à situação, da higiene das mãos, gestão dos espaços onde os utentes permanecem e planeamento adequado das intervenções, desenvolvendo as minhas habilidades, no âmbito do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, de maximização da prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, o que permitirá corrigir a minha prática em situações futuras e contribuir para a melhoria de práticas dos meus colegas.

Durante o processo de aquisição e desenvolvimento de competências neste serviço a avaliação e controlo da dor e a promoção do bem-estar da criança em situação crítica, nomeadamente da criança vítima de queimadura, revelou-se uma prioridade. A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (1979) como “uma experiência desagradável associada a dano tecidual presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (Oliveira, 2010, p.125). Atendendo à importância que esta assume para a pessoa e a influência que tem na sua recuperação, a Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2003) decretou a dor como quinto sinal vital. O reconhecimento atual de que as crianças têm dor, guardam memória de dor, e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo (Direcção Geral da Saúde, 2010), faz deste um dos principais motivos de preocupação de pais e profissionais, sendo o seu controlo uma prioridade, um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, por exemplo, na Carta da Criança Hospitalizada, prendendo-se com as próprias questões de humanização dos cuidados (Batalha, 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2003; Instituto de Apoio à Criança, n.d.; G. Reis, 2009).

Assim, e visto que a avaliação da dor na criança se reveste de particularidades desde logo pela grande variabilidade na forma como se expressa (Direcção Geral Da Saúde, 2010; G. M. R. Reis et al., 2013) o enfermeiro deverá ter em consideração também, três métodos: a avaliação clínica, o relato da criança ou dos pais e a utilização de instrumentos (escalas) para mensurá-la (F. M. Dias et al., 2008). Podemos diferenciar três formas de quantificar a dor que a criança está a sentir: tendo em conta o expressado verbalmente pela criança, o que a criança faz e como o seu corpo reage. Na faixa etária entre dois e três anos, a avaliação de dor pelo expressado verbalmente é quase impossível, visto que maioritariamente estes negam a dor com medo dos procedimentos invasivos. Acima dos quatro anos, elas já sabem descrever o quanto de dor sentem, já podendo ser utilizados vários métodos de avaliação. Na idade dos cinco anos, as escalas de face revelam-se os melhores recursos. Entre os seis e

sete anos, já podem ser utilizadas as escalas com palavras, e escalas numéricas (F. M. Dias et al., 2008). Durante a realização deste estágio socorri-me da escala FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), que agrega os indicadores expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade, em que cada um é medido de zero a dois pontos, perfazendo uma pontuação total oscilante entre zero de dez pontos, para avaliação de dor em crianças até sete anos de idade. Em crianças com idades superiores a sete anos e sempre que a sua inteligibilidade o permita neste serviço é utilizada a escala numérica, na qual a criança quantifica a sua dor numa escala entre zero, em ausência de dor, e num polo oposto de dor máxima o dez. Sempre que a criança não seja capaz de autoavaliar a sua dor segundo a escala anteriormente referida é-lhe oferecida a escala de faces, escala esta composta por seis faces, apresentadas em escala crescente de intensidade de dor, com expressão de sorriso associado a ausência de dor e progressivamente uma expressão menos feliz, até ao choro, caracterizando dor máxima de dez.

Porém a avaliação da dor na criança reveste-se de particularidades pela grande variabilidade na forma como se expressa e por estar frequentemente associada a medo e ansiedade, fatores que dificultam não só a sua avaliação, mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção mais adequada (DGS, 2010; Reis et al., 2013). A criança com dor deve assim ser observada num contexto individual e único, tendo em conta que a sua perceção e expressão dolorosa é influenciada pelo seu estágio de crescimento e desenvolvimento, pela sua organização e funcionamento familiar, pela sua vulnerabilidade, e por mecanismos mediáticos, entre outros (Batalha, 2010). Assim, o reconhecimento da individualidade da dor na criança e da sua variabilidade na perceção, manifestação e resposta às intervenções de prevenção e controlo, tornou importante a monitorização da sua intensidade com recurso a escalas de auto e heteroavaliação, a implementação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da dor e promoção do bem-estar e a avaliação da eficácia dessas intervenções. Estas intervenções ganham ainda mais relevo se atendermos que, como referem Okada, Teixeira, Tenga, Bezerra & Ramos (2001), algumas crianças vivenciam inúmeros e repetidos procedimentos dolorosos, tornando-se progressivamente mais ansiosas, tensas, e com níveis crescentes de medo, exacerbando a dor durante procedimentos devido a estresses físicos e emocionais prolongados. Para além disso a criança está num ambiente desconhecido com pessoas desconhecidas, e para além da dor e desconforto muitas vezes provocados pela situação de doença, é submetida no SUP a variados procedimentos potencialmente dolorosos, factos que contribuem para aumentar a ansiedade, *stress* e desconforto da criança.

Tal como referido anteriormente, as situações de trauma por queimadura, são situações potenciadoras de dor intensa. Apesar de ter verificado que a avaliação do nível algico e o controlo da dor da criança é uma preocupação da equipa de enfermagem, contudo, no âmbito dos cuidados prestados à criança vítima de queimadura pude verificar lacunas a nível da prevenção e controlo da dor. A associar a

este facto estão os procedimentos potencialmente dolorosos, pois tal como referido por Rossi, Camargo, Santos, Barruffin e Carvalho (2000) e Dias et al. (2008) profissionais e utentes identificam a realização do tratamento à ferida como o momento em que a dor atinge o seu grau mais elevado, com destaque para os cuidados como a limpeza e desbridamento da mesma. Torna-se assim evidente a importância da analgesia o mais precoce possível para adequado controlo da dor associada à queimadura, assim como para promoção do conforto e controlo da dor associada a procedimentos invasivos, como a limpeza da ferida. Deste modo, revela-se fulcral deter conhecimentos sobre avaliação do nível de dor, estratégias farmacológicas a implementar, tempo de início e duração de ação de cada fármaco.

Tendo durante o estágio anterior observado existir uma atenção sobre a prevenção e controlo da dor por parte da equipa multidisciplinar daquele serviço, nomeadamente através da aplicação de esquemas de analgesia e sedo-analgesia do utente, confesso que esperava, no decurso do atual estágio poder contactar com estratégias similares. A reforçar esta expectativa o facto de os cuidados à criança vítima de queimadura no serviço de urgência serem prestados num momento particularmente potenciador de dor, pelo facto de ter decorrido pouco tempo após o acidente. Porém verifiquei que, sendo avaliada a ferida e a dor da criança aquando da triagem realizada pelo enfermeiro, não existe nenhum protocolo que permita a administração de analgesia nesse momento. Constatei também, que mesmo após observação médica a analgesia não constituiu, muitas vezes, uma prioridade, sobretudo para a equipa médica. Mesmo aquando da realização do tratamento à queimadura, apesar de ser reconhecido como procedimento bastante doloroso, tal como referido anteriormente, observei que por vezes o início de ação do fármaco administrado não era respeitado, avançando com o tratamento à ferida antes da analgesia ser efetiva. Este facto fez com que a analgesia adequada apenas fosse alcançada numa fase avançada do tratamento, com consequente prejuízo da criança que vive um episódio algico intenso provocado pela queimadura que é ainda prejudicado pelo tratamento e se vê privada do adequado controlo algico. De igual forma, verifiquei que durante os cuidados à ferida nem sempre houve a sensibilidade para reforçar a analgesia, assim como, uma relutância na administração de terapêutica sedativa que complementasse o efeito analgésico por receio da possibilidade de depressão respiratória, realidades diferentes das vivenciadas no estágio anterior.

De igual forma, apesar do desenvolvimento recente de um projeto e a implementação de um protocolo de administração de protóxido de azoto, e sendo o tratamento à queimadura uma das potenciais indicações deste fármaco, visto a não recorrência de queimaduras graves, estranhei a sua não utilização, priorizando a celeridade do tratamento à ferida. O protóxido de azoto é um anestésico fraco, com propriedades sedativas, analgésicas e ansiolíticas, administrado por via inalatória de forma não-invasiva, adequado para o controlo da dor aguda e ansiedade em intervenções dolorosas de curta duração (tais como tratamento de queimaduras, punção lombar, punção venosa, redução de fraturas, suturas), aumentar a cooperação da criança, minimizar a necessidade de imobilização e uso da força (Annequin et

al., 2000; Pedersen, Bayat, Steen, & Jacobsson, 2013). Gerindo os enfermeiros autonomamente a administração deste fármaco em situações de punção venosa e punção lombar, e não detendo competências prévias neste domínio, tornou-se importante o conhecimento do protocolo de administração e a partilha de experiências com os colegas, de forma a adquirir autonomia progressiva na aplicação segura e eficaz desta técnica durante a realização de procedimentos dolorosos. A constatação da eficiência desta terapêutica e das suas potencialidades no meu contexto laboral despoletou a discussão da temática no seio da equipa multidisciplinar que integro, visando o seu desenvolvimento no serviço, possibilitando outro recurso de promoção do conforto físico e psicológico em situações de tensão como referido por Kolcaba (2003).

Ainda ao nível do controlo da dor e promoção do conforto da criança saliento ainda a importância de estratégias não-farmacológicas, como o brincar terapêutico ou a utilização de objetos significativos, bem como a parceria de cuidados com a família, os quais contribuíram para a correta avaliação algica, pelo conhecimento detido e partilhado pela família sobre a criança e sobre as estratégias antiálgicas eficazes, funcionaram como fonte de segurança e distração à criança e permitiram que a família se sentisse integrada nos cuidados, diminuindo o *stress* familiar.

Tendo participado quer na triagem destas crianças, quer depois no tratamento à ferida e administração de analgesia prescrita, pude refletir sobre as lacunas e dificuldades vivenciadas com outros colegas. Em efetivo verifica-se que apesar da sensibilidade para esta problemática da parte de alguns colegas, continua a existir resistência à alteração de práticas com vista ao adequado controlo algico, sobretudo da parte médica os quais se refletem em analgesia insuficiente e inexistência/não aplicação de protocolos de analgesia, motivo pelo qual realizei uma sessão de formação sobre esta realidade (Apêndice III), com o intuito de refletir sobre a mesma e de gerar alterações à mesma. Pois como refere Batalha (2013, p.20) “a dor é um resultado inaceitável na prestação dos cuidados.”. O enfermeiro, como cuidador não pode permitir que a dor seja observada como um sintoma esperado em situações traumáticas e agir como mero espectador. Deste modo, o mesmo autor acrescenta que é imperativo que se continue na luta do investimento profissional, através de reflexões sobre as suas práticas diárias, valorizando o trabalho em equipa multidisciplinar e elaborando e implementando protocolos de atuação. É imperativo que se intervenha o mais precoce possível no tratamento da dor, e/ou na sua prevenção.

No âmbito da temática de projeto de estágio, se a aquisição de competências técnicas se tornou importante com vista à prestação de melhores cuidados, é importante não esquecer que para além das consequências físicas decorrentes da queimadura, esta acarreta importantes consequências psicológicas, representando uma situação traumática para crianças e seus pais. Como referem Aragão et al. (2012) a queimadura é considerada uma das mais devastadoras agressões que podem atingir os seres humanos, produzindo sequelas funcionais, estéticas e psicológicas. Se para a criança vítima de quei-

madura estas consequências são evidentes, não podemos esquecer que esta se insere numa família, que muitas vezes assiste/participa do acontecimento que motivou a queimadura. Assim, também esta vive um processo de grande sofrimento psicológico motivado pelo acidente, pela vivência do sofrimento da criança, pelas consequências que a queimadura poderá acarretar futuramente para a criança e pelos procedimentos potencialmente dolorosos que poderão ser necessários. Tal como referem Oliveira et al. (2015), ao mesmo tempo que os pais constituem elementos fundamentais no processo de recuperação e reabilitação da criança vítima de queimadura, estes vivenciam uma situação caracterizada muitas vezes por, sentimentos como a culpa e incompetência parental por permitirem o acidente, sofrimento pela dor e sofrimento da criança relacionada com a queimadura e procedimento potencialmente dolorosos como limpeza e desbridamento da ferida, medo da morte. A estes associa-se ainda a incompreensão ou os comentários acusatórios tecidos por familiares e/ou profissionais, tais como “estes pais são negligentes”, “não sabem cuidar” e “se tivessem cuidado, a criança não teria se queimado” (Oliveira et al., 2015).

Com efeito, a realidade das nossas práticas traduz bem esta situação, não só no meu contexto laboral, como também enquanto desenvolvimento de estágio presenciei fortes sentimentos de culpabilização por parte dos pais das crianças vítimas de queimadura, os seus rostos espelham o medo da morte, o medo das sequelas físicas, o sofrimento pelo desconforto e dor vivenciada pela criança, aliado às alterações da dinâmica familiar provocadas pelo evento traumático, quer seja pela necessidade de internamento, no qual os pais acompanham a sua criança, por vezes em internamentos longos, ou mesmo no regresso a casa em que a criança continua a requerer cuidados, com deslocações frequentes ao meio hospitalar, com necessidades de cuidados intensos no domicílio, quer pelas alterações psicológicas causadas por toda a situação. Infelizmente, a associar a toda esta carga negativa, muitas vezes ainda vivencio episódios de incompreensão para com os pais por parte dos profissionais de saúde, através da sua culpabilização, ou recriminando-os pela sua incapacidade de gestão de toda a situação traumática, tal como referido pelos autores anteriormente referenciados, o que contribui para aumentar ainda mais o sofrimento familiar.

Assim, procurar compreender o significado que os pais atribuem ao facto de terem um filho acometido por queimaduras e as vivências inerentes ao acidente, às consequências da queimadura, aos tratamentos realizados, às necessidades de internamento, é um aspeto essencial do cuidado à criança vítima de queimadura e à sua família. Considero, igualmente que o Enfermeiro desempenha uma intervenção fundamental nesse processo, devendo prestar cuidados baseado nos princípios da humanização e individualidade, e não focando a sua atenção apenas no tratamento da ferida ou nas suas consequências físicas. Desta forma, no decurso dos cuidados prestados à criança tive como foco de atenção também a sua família, criando espaço para que pudessem expressar os seus sentimentos e

as suas dúvidas, para que se sentissem respeitados, sem juízo de valor, considerando seu contexto social e cultural.

Portanto, ao longo de todo este meu processo de crescimento a competência relacional e comunicacional detiveram grande importância, visto que o estabelecimento de uma relação terapêutica constituiu a primeira ação na construção de um cuidado compartilhado e extensivo aos pais, minimizando as consequências psíquicas do acontecimento, atribuindo respeito e compreensão à singularidade das suas vivências e, ao mesmo tempo, transmitindo esperança, sem falsas ilusões, e fomentando a confiança no trabalho da equipa e na recuperação da criança, tal como defende Neeb (2000, p. 23) referindo que "Apesar das nossas aptidões técnicas serem bastante importantes e não poderem menosprezar-se, é a utilização adequada das nossas capacidades de comunicação verbal e não-verbal que cimenta a relação com os nossos utentes e que promove o processo de cura.".

Com o desenrolar do meu percurso de estágio não me cingindo unicamente à temática central do projeto de estágio tive sempre como objetivo balizador do meu percurso o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à criança em situação crítica, no cumprimento do objetivo de desenvolver competências de enfermagem na prestação de cuidados ao utente em situação crítica em contexto de urgência, antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Para tal mantive uma postura pró-ativa de busca de experiências diferenciadas e diversificadas, que permitissem desafiar a minha “zona de conforto” e possibilitassem o desenvolvimento e a aquisição de conhecimentos, tendo sido importante a participação na prestação de cuidados nas diferentes valências do SUP (triagem sala de tratamento, unidade de internamento de curta duração, sala de reanimação, sala de aerossóis).

Em consonância com a minha experiência laboral aquando da minha breve passagem por este serviço, a triagem manteve-se um dos postos que mais desafios me coloca, dada a sua especificidade, deste modo durante o estágio pude desenvolver os cuidados inerentes a este posto de forma autónoma. A este nível o Grupo Português de Triagem (2015) refere que o evento de triagem é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação que permita uma avaliação sistemática do utente e forneça uma imagem completa da sua situação, para estabelecer não um diagnóstico, mas atribuir uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Por esta razão o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, pelo menos seis meses, e capacidade para comunicar eficazmente com os utentes e as suas famílias. Deste modo, a atuação neste posto permitiu-me refletir o quão importante a triagem é nos contextos de serviços de urgência, nomeadamente em situações de elevada afluência de utentes, para não retardar o atendimento aos utentes em situação urgente ou emergente, assim como ativar e alocar os recursos necessários para atender adequadamente as necessidades de cada um, pelo que se tornou fundamental o conhecimento dos recursos humanos e materiais disponíveis e a articulação com os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar. Neste âmbito

bito muito do sucesso da intervenção da equipa multidisciplinar do serviço de urgência depende da rápida e correta avaliação e priorização dos utentes realizada pelo enfermeiro e portanto da sua capacidade de julgamento clínico, fundamentada em conhecimentos e experiências diferenciadas e na capacidade de utilização dos algoritmos que compõem o sistema de triagem. Isto vem ao encontro do referido por Benner (2005) de que o enfermeiro perito tem a capacidade de fazer corresponder rapidamente as necessidades e os recursos em situações de urgência, estabelecer prioridades e a ordem no meio do caos. Assim, a observação da atuação do enfermeiro no posto de triagem permitiu aprimorar a consciência crítica para os problemas e desafios enfrentados nesta área da prática profissional, bem como desenvolver competências relativas à adaptação a métodos de trabalhos diferenciados, que mobilizam conhecimentos vários e que me permitirão intervir adequadamente face a situações inesperadas.

Durante a realização do estágio contribuí para a prestação de cuidados de emergência à criança em situação crítica, na sala de reanimação, onde tive oportunidade de aplicar e desenvolver conhecimentos relativos à atuação em situações emergentes, nomeadamente no âmbito da prestação de cuidados em situações de paragem cardiorrespiratória. Uma vez que desenvolvo funções numa UCIP os conhecimentos detidos, fruto quer pela experiência prática quer da formação frequentada regularmente, possibilitaram responder de forma adequada a estas situações. Também crucial no âmbito de situações de evolução rápida como é a situação de paragem cardiorrespiratória, é a coordenação e comunicação adequada entre os diferentes elementos que compõem a equipa multidisciplinar e o conhecimento sobre os mesmos. Desta forma, o conhecimento detido sobre a organização da sala de reanimação, recursos materiais disponíveis e a experiência de trabalho anterior com a maioria dos elementos da equipa constituiu fator facilitador da minha atuação.

De salientar a este nível que, contrariamente ao que acontece na população em geral, em pediatria as paragens cardiorrespiratórias geralmente são secundárias, causadas por insuficiência respiratória ou circulatória, são mais frequentes do que as paragens primárias devidas a arritmias, tal como referido por Hunyadi-Anticević et al. (2010). Assim, a identificação das etapas de insuficiência respiratória ou circulatória que antecedem a paragem é uma prioridade, visto que uma intervenção precoce eficaz pode ser salvadora. Observando que muitas das crianças que recorrem ao serviço de urgência, fazem-no devido a problemas respiratórios, reforça novamente a importância da adequada triagem, priorização, orientação e definição dos recursos da equipa para atendimento a cada criança, no sentido de dar uma resposta célere e adequada a cada situação. Da mesma forma a vivência destas experiências permitiu-me desenvolver um conjunto de atividades inerentes a estas situações, tais como massagem cardíaca, administração terapêutica, colaboração na entubação endotraqueal e ventilação da criança (realizada através de ressuscitador manual até transferência para a UCI, pelo facto de o serviço de urgência não dispor de ventilador mecânico). O facto da equipa de reanimação intra-hospitalar ser a equipa do serviço de urgência permitiu também aprofundar o conhecimento sobre o seu funciona-

mento, a sua forma de atuação e a constatar a importância da formação e treino de situação de emergência e reanimação, bem como de formação junto dos diferentes serviços sobre as intervenções a desenvolver em caso de reanimação, para que todos os intervenientes nestas situações possam dar uma resposta adequada com ganhos para a criança e influencia na sua própria sobrevivência (Casella, 1999). Embora não seja usual a solicitação da equipa de reanimação no meu contexto de trabalho, este conhecimento permitiu colher contributos importantes que me permitiram influenciar a atuação da equipa que integro em situações de reanimação cardiorrespiratória, assim como influenciar a estratégia formativa nesta área no serviço e tornam-me mais competente para sugerir a minha integração no grupo dinamizador desta temática no serviço.

Outra situação que pude vivenciar na sala de reanimação foi a prestação de cuidados à criança em crise convulsiva. A nível da prestação de cuidados em SUP a convulsão revela-se como a alteração neurológica mais frequente, sendo que o estado de mal epilético constitui-se a emergência neurológica mais frequente em idade pediátrica (Carrilho & Monteiro, 2007; Casella, 1999; Santos, Nzwalo, Monteiro, & Fonseca, 2012). A incidência destas crises é maior no grupo etário pediátrico, associado a um menor limiar do cérebro imaturo para o desencadeamento desses episódios (Casella, 1999). Entre as causas o estado de mal convulsivo febril e o sintomático remoto (decorrem de lesões anteriores do sistema nervoso, correspondendo a sequelas de traumatismo crânio-encefálico, infeções ou eventos hipóxico-isquémicos, incluindo crianças com diagnóstico prévio de epilepsia) são as mais comuns (Casella, 1999; Santos et al., 2012). O facto de a maioria das situações vivenciadas terem correspondido a convulsões febris, vai ao encontro do referido por Khair e Elmagrabi (2015) de que as convulsões febris são a causa da maioria das emergências pediátricas, afetando uma em cada dez crianças. Porém se o estado de mal epilético é mais frequente em idade pediátrica, o risco de morte é significativamente mais baixo do que nos adultos (variando a mortalidade entre varia entre os 0 e os 4,3%), o que se pode dever ao facto da etiologia mais frequente ser a febril, que reconhecidamente apresenta mortalidade e morbilidade baixas. A mortalidade relaciona-se sobretudo com a etiologia subjacente, nomeadamente com os casos sintomáticos e, dentro destes, com as causas agudas (infeciosas, traumáticas e hipóxico-isquémicas), assim como com o grupo etário, estando as crianças com idade inferior a um ano em maior risco pelo fato da etiologia sintomática aguda ser mais frequente neste grupo (Carrilho & Monteiro, 2007; Santos et al., 2012).

No contexto de UCIP o cuidado à criança com crise epilética é uma realidade constante, todavia esta revela-se frequentemente distinta da presenciada em contexto de SUP, uma vez que em urgência o diagnóstico da criança ainda não está estabelecido, as informações disponíveis são, muitas vezes, escassas e salvo raras exceções não se possui via de administração endovenosa disponível. Desta forma, foi possível a aplicação e desenvolvimento de conhecimentos já detidos sobre tratamento de emergência de crises epiléticas e o desenvolvimento de novas habilidades. Para além disso, tal

como referem Khair e Elmagrabi (2015), os episódios convulsivos são fonte de grande stress e ansiedade para os pais. Assim, durante as situações vivenciadas, para além dos cuidados prestados à criança, também a família foi foco dos meus cuidados, visando a diminuição da ansiedade provocada pela situação através do fornecimento de explicações sobre as intervenções da equipa, a gravidade da situação e possíveis sequelas, causas prováveis, passando ainda a intervenção de enfermagem pela realização de ensinamentos sobre estratégias de prevenção e atuação face a situações similares futuras, embora que numa situação de maior estabilidade da criança e consequente diminuição de estado de ansiedade dos pais.

Nas salas de tratamento médica e cirúrgica/ortopédica e sala de aerossoloterapia pude desenvolver diversos cuidados de índole técnica, tais como administração de terapêutica por diferentes vias de administração, gestão de oxigenioterapia, cateterizações venosas periféricas, colheita de produtos para análise, aspiração de secreções, entubação nasogástrica, algaliação, realização de penso vários, imobilizações, assistência na redução de fraturas e realização de imobilizações gessadas, assistência na realização de punção lombar, na realização de suturas. Apesar do predomínio dos procedimentos de cariz técnico, foi possível dar ainda importância ao esclarecimento de dúvidas e a realização de ensinamentos no âmbito da prevenção de acidentes e promoção da saúde, pela assunção da responsabilidade enquanto agente promotor de boas práticas que contribuam para melhorar a saúde das populações. Este facto vem ao encontro do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista onde é referido que a atuação do enfermeiro especialista também envolve as dimensões da educação dos utentes e dos pares, de orientação e aconselhamento (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A este nível a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2014) define a Promoção da Saúde como processo que possibilita às pessoas aumentar o seu domínio sobre a saúde e melhorá-la. Neste âmbito saliento os esclarecimentos de dúvidas sobre o processo de doença e realização de ensinamentos para vigilância de saúde, cuidados pós administração terapêutica, gestão de regime terapêutico, utilização de meios auxiliares da marcha, cuidados com imobilizações, sinais de alerta ou agravamento do quadro de doença, ensinamentos para adoção de práticas sexuais seguras.

Dada a temática do meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, aliada ao facto da ocorrência de queimaduras estar intimamente associada a acidentes como defendem Aragão et al. (2012); Echinard & Latarjet (2012); Francisco et al. (2013); Machado et al. (2009); Martins, Meneses, & Joaquim (2016) e Serafim (2013) evidenciei a importância dos ensinamentos para prevenção de acidentes. Dentro desta perspetiva, a Educação para a Saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde, sendo importante reconhecer que os acidentes são a maior ameaça à vida e à saúde das crianças, têm consequências importantes a nível da mortalidade (Mundialmente, mais de 830 mil crianças morrem anualmente de acidentes de trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas e envenenamentos e os acidentes são a principal causa de morte de crianças com idade superior a cinco anos), morbilidade,

qualidade de vida e habitualmente acarretam elevados custos económicos e sociais (J. Dias, Costa, & Martins, 2013; World Health Organization & UNICEF, 2008). Assim, sendo as crianças naturalmente curiosas, procurando explorar o ambiente que as rodeia e brincar com novos objetos enquanto processo natural de desenvolvimento, isto predispõem-nas ao risco de acidente entre os quais de queimadura. Direcionando o foco para a temática central do meu projeto de estágio, o relatório da OMS e UNICEF anteriormente abordado refere que globalmente, quase 96 000 crianças com menos de 20 anos morreram, em 2004, vítimas de queimaduras relacionadas com um incêndio, sendo a mortalidade mais elevada nas crianças até aos cinco anos de idade e nos jovens entre os quinze e os dezanove anos. Paralelamente enquanto os incêndios são causadores da maioria das mortes relacionadas com queimaduras em crianças, os escaldões e queimaduras de contacto são uma importante causa de morbidade e de incapacidade. Os mesmos autores referem também que cerca de 75% das queimaduras em crianças são provocadas por líquidos quentes ou vapor. De igual forma, as queimaduras representam custos importantes para os serviços de saúde, para as crianças e suas famílias, assim como a ausência da escola, possível desemprego no futuro, rejeição social e outros aspetos psicossociais. Este relatório refere ainda que as queimaduras podem ser prevenidas ou minimizadas através da implementação de medidas educacionais e legislativas.

Neste âmbito, da experiência adquirida com a minha prática profissional e com a realização de estágio, verifico que muitos dos acidentes por queimadura, sobretudo nas crianças mais pequenas, se devem a acidentes domésticos, tais como queimaduras por líquidos quentes (entre os quais acidentes com água do banho, derramamento de líquidos) e por fogo, nomeadamente acidentes com lareiras. Deste modo considereei pertinente relembrar a importância de alguns cuidados de vigilância, avaliação da temperatura da água do banho, interdição de zonas, como a cozinha para minimizar acidentes. Da mesma forma, verificando a existência de erros no que concerne aos cuidados imediatos a realizar perante uma queimadura, como sendo a aplicação de óleo ou manteiga, considereei importante o ensino de modo a alterar práticas de cuidado em situações de queimadura. Após o acontecimento trágico da queimadura, a família da criança encontra-se envolta em sentimentos de angústia, medo, culpabilização, como referido anteriormente, o que leva a que, maioritariamente, imediatamente após o evento, não se encontrem recetivos a ensinamentos relacionados com a prevenção de acidentes, ou os cuidados a ter em caso de ocorrência, centrando-se essencialmente na melhoria da sua criança, daí ter optado por lhes efetuar ensino sobre os cuidados de tratamento e reabilitação da queimadura, importantes para promover a recuperação mais rápida possível da criança e evitar complicações como a infeção.

Nas salas de observação a realidade de prestação de cuidados apresenta-se muito próxima da exercida no meu contexto de trabalho, praticando-se um método de prestação de cuidados individual e não tão direcionado para a tarefa. Neste posto pude assim, desenvolver intervenções que me são muito familiares, salientando-se a vigilância e monitorização da criança. Saliento neste âmbito o cuidado a

uma criança em cetoacidose diabética por diabetes inaugural. Sendo uma situação com a qual contacto usualmente na minha vida profissional, exige do enfermeiro uma monitorização apertada e o cumprimento rigoroso do protocolo de cetoacidose diabética com vista ao adequado controlo glicémico e hidro-electrolítico. Destaco também a prestação de cuidados à criança com patologia respiratória, por ser o grupo patológico que acometeu a maioria das crianças que cuidei durante o período de estágio, facto que se encontra em consonância com o referido por Caldeira, Santos, Pontes, Dourado e Rodrigues (2006) de que as queixas respiratórias são o principal motivo de admissão nos serviços de urgência pediátricos. Assim, durante a prestação de cuidados foi essencial a avaliação da respiração da criança, monitorização da frequência respiratória, monitorização de oximetria de pulso, administração e gestão oxigeneoterapia, administração de aerossoloterapia, aspiração de secreções, estimulação, incentivo e avaliação da tosse, colheita de secreções para análise, realização e avaliação de gasometria, educação sobre fatores de agravamento da dificuldade respiratória, vigilância de sinais de dificuldade respiratória e administração e gestão de terapêutica. Sendo o cuidado à criança com patologia respiratória frequente no meu contexto de trabalho, pelo facto de, como referido por Turner e Cheifetz (2011), a insuficiência respiratória ser uma indicação comum de internamento em UCIP, pude aplicar muitas das competências desenvolvidas ao longo da minha experiência profissional. Ainda a este nível verifica-se que um grande número de crianças com patologia respiratória crónica recorre a este SUP em caso de descompensação da doença. Isto pode estar relacionado com o facto de as doenças respiratórias crónicas serem as doenças não transmissíveis mais frequentes nas crianças, tal como referido nas conclusões do Conselho da União Europeia sobre prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das doenças respiratórias crónicas das crianças (CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA, 2011). Neste âmbito pude verificar que muitas destas crianças tiveram anteriormente um internamento na UCIP onde trabalho, nomeadamente as crianças traqueostomizadas e/ou submetidas a ventilação domiciliária. Não dispondo este SUP de equipamento de ventilação mecânica verifiquei que nestas situações foi utilizado o equipamento domiciliário. Apesar da frequência da recorrência ao SUP destas crianças, a equipa deste serviço demonstra lacuna na prestação de cuidados às mesmas, visto deterem conhecimentos e competências limitadas, no que se refere nomeadamente aos princípios de ventilação e manipulação do equipamento, que se refletem em solicitações de apoio da equipa multidisciplinar da UCI. Desta forma, fruto da minha experiência em UCI pude aplicar e partilhar os meus conhecimentos e competências no cuidado à criança traqueostomizada e submetida a ventilação mecânica invasiva e às crianças submetidas a ventilação mecânica não invasiva, no sentido da otimização da ventilação, resolução de problemas, tais como adaptação de interfaces, entre outros, e realização de validação de conhecimentos dos pais destas crianças, bem como reforço de ensinamentos e esclarecimento de dúvidas existentes.

Durante o meu percurso neste serviço vivenciei uma situação, que destaco como marcante, uma admissão por abuso sexual de uma adolescente. Constatei que esta situação se revelou significativa para toda a equipa multidisciplinar pela forma como a adolescente se apresentava e por toda a sua

envolvência, porém foi igualmente uma situação em que toda a equipa se uniu no apoio psicológico desta jovem, que se encontrava extremamente assustada, com choro compulsivo e um pânico espelhado no rosto. Segundo Woiski & Rocha (2010) a violência contra as crianças é cada vez mais uma realidade, que acarreta consequências devastadoras para a saúde e qualidade de vida não só da criança, mas também de toda a sociedade. Deste modo, a equipe de enfermagem deve estar preparada, tanto tecnicamente como emocionalmente, para cuidar desta criança e da sua família, pois em presença de situações deste cariz também o enfermeiro fica perturbado ao perceber que o sofrimento desta criança não foi simplesmente causado por uma doença ou trauma frutos de um acidente, aos quais todos estamos sujeitos, pelo contrário, o sofrimento da criança advém de uma violência, de um abuso, que na maioria das vezes é causado por um adulto agressor, contra uma criança indefesa (Woiski & Rocha, 2010). Esta situação requereu o envolvimento de toda a equipa não só do SUP, mas também psicóloga e peritos da polícia judiciária. Deste modo, este episódio implicou a aplicação de conhecimentos do âmbito da enfermagem forense, os quais não aplico normalmente na minha atividade profissional, e a articulação com diferentes profissionais, visando a recolha e preservação de provas forenses e minimizar os efeitos nefastos de toda esta vivência da adolescente. Apesar de aparentemente esta situação não estar relacionada com a temática de projeto, indiretamente contribuiu para o meu crescimento também nessa área, despertando-me para a necessidade e importância de estar alertar para despiste de situações de violência, pois infelizmente uma queimadura pode ser resultado de maus-tratos. Por outro lado, proporcionou-me a aquisição de competências sobre como agir perante situações de violência, sendo esta sexual ou não.

Por tudo o suprarreferido a prestação de cuidados no SUP permitiu a aplicação e desenvolvimento de competências técnicas de elevada diferenciação, de capacidades de identificação e resposta pronta e antecipatória a focos de instabilidade, de estabelecimento de prioridades, implementação e gestão de protocolos terapêuticos complexos. Isto vai ao encontro do referido por Benner (2005) de que a dinâmica e complexidade dos cuidados no serviço de urgência exigem do enfermeiro competências de diagnóstico e vigilância, gestão e antecipação de situações de urgência e/ou de evolução rápida, capacidade de decisão célere, atuação rápida, estruturada e eficiente, destreza manual e mobilização de conhecimentos variados. Assim, permitiu-me desenvolver competências do âmbito do RCEEEEPSC, nomeadamente “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”, “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” e “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica otimizando as respostas (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p.3).

Porém este estágio não se resumiu ao desenvolvimento de competências técnicas, pois como referido no RCEEEEPSC, se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência

orgânica é uma das competências clínicas especializadas. Com efeito se as intervenções técnicas, o recurso a tecnologia e técnicas de monitorização se assumem como indispensáveis no cuidado à pessoa em situação crítica, é necessário não esquecer que a enfermagem toma por objeto de estudo, as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida. Deste modo, Pearson & Vaughan (1992) referem que, no seio da enfermagem atual, um modelo reducionista e focado na doença e em aspetos físicos da pessoa, como o modelo biomédico, não é mais considerado adequado, reconhecendo as suas limitações para dar resposta ao carácter multidimensional das necessidades da pessoa.

Assim, tal como referido anteriormente a propósito da criança vítima de queimadura, a criança e família quando recorrem ao serviço de urgência vivem uma situação potenciadora de ansiedade e *stress*, os quais podem ser incrementados pela necessidade de espera para observação ou tratamento, pela gravidade da situação que motiva a ida ao serviço de urgência, pelo ritmo dos cuidados que pode não ser a esperada/desejada pelo utente/família, pela falta de informação, pela impossibilidade da família permanecer junto da criança, pela necessidade de internamento, pela observação de situações de outros utentes, por sentir-se exposto ou observado, entre outros (Neto & et al, 2003). Depreende-se assim que a doença e a necessidade de cuidados no serviço de urgência irão provocar um sentimento de vulnerabilidade no utente e família, não apenas física como também psicológica e social, o qual é ainda mais relevante em contexto pediátrico em resultado, entre outros fatores, da gravidade da doença, da complexidade dos cuidados exigidos, baixa compreensão da situação por parte da criança, menor capacidade desta expressar as suas necessidades, alteração das rotinas da criança e família, dependência de cuidados, afastamento de pessoas significativas (Mckinley, Nagy, Stein-parbury, Bramwell, & Hudson, 2002; Valentin et al., 2006). Este é promotor de ansiedade e *stress* para a criança e família. Por estes factos o enfermeiro não pode descurar a sua intervenção de cuidador da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pelo que a procura da correção de disfunções orgânicas, não pode constituir um obstáculo ou afastamento em relação ao cuidado holístico, exigindo associar à competência técnica, abordagens psicossociais apropriadas à situação e a avaliação das áreas de maior força de cada pessoa de modo a reduzir a sua vulnerabilidade nas dimensões física, social e psicológica e auxiliar nas mudanças e exigências que as transições acarretam (Locsin & Purnell, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2011b; Scanlon & Lee, 2007; Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Desta forma tornou-se importante a aplicação e desenvolvimento de habilidades de relação de ajuda e comunicação enquanto facilitadoras do processo de restabelecimento da energia necessária à criança e sua família para restabelecimento do seu sistema, e consequentemente estado de bem-estar/saúde, minimizadoras de *stressores* como a ansiedade e medo e promotoras da confiança no trabalho da equipa multidisciplinar. Neste âmbito pode desenvolver ações como informar a criança e família sobre o processo de doença e evolução esperada, informar previamente sobre as intervenções a

realizar, promover a presença familiar, potenciar as competências dos familiares e a parceria de cuidados, explicar a necessidade de internamento, realizar ensinamentos sobre cuidados a ter no domicílio, tal como realizar ensinamentos e esclarecer dúvidas relacionadas com a promoção e vigilância da saúde, gestão do regime terapêutico e prevenção de acidentes e complicações. No âmbito das relações terapêuticas estabelecidas, a multiculturalidade das crianças e suas famílias cuidadas salientou a importância de cuidados que respeitem os direitos humanos, os valores, costumes e crenças espirituais de cada pessoa. Da mesma forma foi fundamental a implementação de estratégias comunicacionais adequadas à situação, à criança/família, à complexidade do estado de saúde desta e possíveis barreiras à comunicação, um aspeto que considero chave em qualquer relação terapêutica e mais ainda em contexto pediátrico, atendendo aos diferentes estádios de desenvolvimento e inteligibilidade de cada criança.

Considero assim que as experiências obtidas durante este estágio permitiram, no âmbito do RCEEEEPSC desenvolver competências na gestão “(...) pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”, na gestão da “comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” e na gestão do “(...) estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falecia orgânica”.

A possibilidade de acompanhar o enfermeiro responsável pela minha orientação em funções de responsável de turno possibilitou a observação das múltiplas atividades que se prendem com a gestão de recursos humanos e recursos materiais deste serviço. Gillies (1994) diz que o processo de gestão em enfermagem inclui recolha de dados, identificação de problemas, planificação de intervenções, execução dos planos propostos e avaliação dos resultados obtidos. O mesmo autor acrescenta que as atividades de liderança passam por: desenho de um plano, supervisão e controlo das atividades, coordenação ou sintetização do esforço das diferentes pessoas. No que respeita aos recursos materiais pude participar na revisão e manutenção de carros de emergência, bem como na gestão de materiais de armazém e gestão de *stocks* de farmácia. No que concerne aos recursos humanos e gestão dos cuidados, observei a intervenção do chefe de equipa neste serviço enquanto promotor da segurança e qualidade dos cuidados através da supervisão destes, do suporte efetivo ao exercício profissional dos restantes elementos da equipa, dinamizador de atividades de melhoria dos cuidados, da colaboração nas tomadas de decisão e pela adoção de uma intervenção de liderança e de gestão de recursos adequado às situações. Deste modo, foi-me possível desenvolver competências na gestão de cuidados “(...) otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010, p.1), as quais assumem destaque enquanto chefe de equipa no meu contexto laboral.

Polit e Hungler (2004, p.20) referem que a “pesquisa em enfermagem é a investigação sistemática, destinada a desenvolver conhecimentos sobre os temas de importância para os enfermeiros, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem”. Assim em consonância com os objeti-

vos e competências do CMEPSC, a pesquisa bibliográfica sobre diferentes situações com que contactei, com incidência sobre a temática de prestação de cuidados à criança vítima de queimadura e sua família, e a seleção de “fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” foram transversais aos estágios desenvolvidos e pilares do processo de desenvolvimento de competências, permitindo mobilizar “com rigor dos dados dos relatórios de investigação”, incorporar “diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade da prática” e “expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio”, de forma a “desenvolver uma prática baseada na evidência e promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde” (ESEL, 2010, p.1). Igualmente importantes foram a integração e os bons relacionamentos estabelecidos no seio da equipa multidisciplinar, os quais foram promotores da troca de conhecimentos e experiências, do contacto com situações de cuidados que me facultassem oportunidades de aprendizagem, do conhecimento acerca dos projetos de melhoria de cuidados e da participação nestes sempre que tal se mostrou pertinente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermagem revelou-se um longo caminho, repleto de momentos de felicidade pela conquista de novos saberes, pela satisfação da concretização de uma ambição à muito desejada, mas também de momentos menos prazerosos, em que se questiona o nosso dia-a-dia, e se constata que nem sempre fomos verdadeiramente competentes na prestação de cuidados desempenhada, em virtude de conhecimentos ou capacidades não desenvolvidas. Todo o percurso se revelou um processo de aprendizagem moroso, baseado na prática e na reflexão crítica da mesma, incluindo todas as atividades realizadas integradas nos diferentes campos de estágio. Assim, este caminho possibilitou um questionamento interno de todo o percurso profissional desenvolvido até então e o reconhecimento da necessidade de permanente busca de saber, pois só deste modo se sustentará uma Enfermagem cada vez mais válida e qualificada. Desta forma, a conclusão deste relatório revela o término do percurso desenvolvido ao longo dos últimos meses, retratando todo o trabalho realizado e o momento de partilha de experiências face a situações decorrentes da prática profissional, possibilitando a análise das atividades e interiorização dos seus resultados pedagógicos, bem como o desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem à criança vítima de queimadura grave e sua família.

Contudo, apesar de o projeto de estágio se focar numa área específica dos cuidados à pessoa em situação crítica, as experiências proporcionadas pelo desenvolver do mesmo, na sua aplicação em estágio, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências em diferentes áreas deste cuidado. Assim, foi-me possível desenvolver competências em áreas díspares, como a prevenção e controlo de infeção, cuidados de reanimação, vigilância e monitorização, prevenção e controlo do quinto sinal vital, aplicação de técnicas diferenciadas, que aliadas à valorização de uma visão global da pessoa, perspetivando-a como um ser único que se insere numa família, e que vivencia um processo de hospitalização que se revela como uma situação agressiva e punidora, provocando um sem número de alterações importantes ao seu quotidiano e da sua família, propiciando o desenvolvimento de sentimentos negativos de tristeza, culpa, isolamento. Desta forma, foi possível aliar o cuidar e a valorização da pessoa e família à competência tecnológica, tal como defendem Locsin e Purnell (2007), tendo sempre em mente a necessidade de estar desperta aos procedimentos e estímulos proporcionadores de *stress* na pessoa, tais como fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, de modo a estabelecer estratégias de intervenção e avaliar os seus resultados, de modo a manter a estabilidade do equilíbrio dinâmico da pessoa, socorrendo-me assim do modelo teórico de Betty Neuman. A prestação de cuidados à pessoa vítima de queimadura grave nos diferentes estágios teve por base este pensamento, proporcionando a valorização do cuidar como uma realidade que transcende as técnicas e procedimentos, como a realização dos pensos, dando assim ênfase a um cuidar centrado na pessoa e sua família, de modo a permi-

tir compreender as suas necessidades reais e insatisfeitas, proporcionando intervenções de enfermagem precisas, concretas, eficientes e em tempo útil (Benner, 2005; OE, 2011b).

Com o intuito de orientar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências previamente foi realizado um projeto, no qual foram definidos objetivos gerais norteadores de todo o meu caminho, e que possibilitaram o desenvolvimento dos objetivos específicos para cada campo de estágio. Assim, com a concretização dos objetivos delineados foi-me possível adquirir e desenvolver competências na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Logo, sustentando-me do plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010) e dos documentos publicados pela OE (2011a, 2011b) respeitantes às competências comuns a todos os especialistas, mas também às específicas da área de especialização, posso afirmar que foram adquiridas competências especializadas nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais, do cuidar ao doente crítico, na prevenção e controlo de dor, e na prevenção e controlo da infeção.

Ambos os serviços onde desenvolvi estágio se revelaram fundamentais ao meu desenvolvimento profissional, uma vez que proporcionaram o estabelecimento de relações construtivas com as equipas, que aliado à revisão literária efetuada, contribuíram para a compilação de saberes, proporcionando deste modo um desenvolvimento de conhecimentos, e consequentemente de competências especializadas. Contudo, dada a especificidade dos serviços, cada um desenvolveu em mim competências distintas. A UQ representa uma realidade diferente da por mim experienciada até então, uma vez que a população alvo dos cuidados são utentes adultos e não pediátricos, revelando-se assim um desafio à minha prestação de cuidados, aliada ao facto de ser um serviço específico para prestação de cuidados a utentes vítimas de queimadura, mostrou-se muito produtivo na aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem na área da pessoa em situação crítica e no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais. Por seu lado, o SUP constituiu uma realidade que me é bem familiar, no entanto possibilitou-me refletir sobre as práticas desenvolvidas e cimentar competências.

Durante a realização dos estágios fui-me socorrendo da observação-reflexão como forma de desenvolvimento de competências projetadas na ação, que por sua vez se suportaram em princípios, valores e normas deontológicas. De igual modo, toda a prestação de cuidados exercida foi de encontro com o respeito dos direitos do utente, bem como no respeito pelas responsabilidades profissionais.

Nos dois campos de estágio, os Enfermeiros responsáveis pela orientação dos meus estágios exerceram, em alguns turnos, a responsabilidade de Chefe de Equipa, o que me proporcionou um enriquecimento superior, a aquisição de competências de gestão de cuidados, assim possibilitou-me perceber a resposta da equipa, bem como compreender a intervenção deste Enfermeiro na gestão dos

cuidados inter e multidisciplinares, tendo como máxima o assegurar de um ambiente seguro. Por outro lado, favoreceu o desenvolvimento de competências na área da orientação e supervisão de tarefas delegadas.

Porém nem tudo neste trabalho foram rosas, o facto de não ter sido possível desenvolver estágio numa UCIP revelou-se uma grande limitação ao desenvolvimento das competências desejadas. Não que considere que o estágio desenvolvido na UQ não tenha sido uma mais-valia, muito pelo contrário, porém visto que a UCIP onde trabalho é a única a nível nacional que recebe crianças vítimas de queimaduras graves, associado ao facto de não me ter sido possível uma deslocação ao exterior, mostrou-se uma limitação ao desenvolvimento deste trabalho. Contudo, e como defende Mendonça (2009, p.31) “A competência não é estática, não resulta tão somente de conhecimentos adquiridos, mas é, antes um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos.”, motivo pelo qual, apesar dos ganhos conseguidos com a realização deste trabalho, não o dou como totalmente finalizado, sendo que não pretendo ficar agarrada aos conhecimentos adquiridos, mas sim manter a aplicabilidade desses saberes e a busca de novos para fazer face às sucessivas alterações a que vamos sendo alvo. Gostaria, se possível, em tempo oportuno de me poder deslocar a um dos países vizinhos, quer seja Espanha ou França, onde existem unidades de referência a nível Europeu no cuidar da criança vítima de queimadura grave, de modo a poder absorver das suas realidades e quem sabe a poder transpô-las para a minha prática diária e consequentemente para a unidade onde desempenho funções.

Tendo em conta que a ocorrência de queimaduras na idade pediátrica está fortemente associada a acidentes: domésticos, por negligência, descuido parental e mas condições socioeconómicas, e na sua maioria previsíveis (Aragão et al., 2012; Echinard & Latarjet, 2012; Francisco et al., 2013; Machado et al., 2009; Martins et al., 2016; Serafim, 2013) é essencial fomentar meios para a prevenção dos mesmos. Assim Echinard & Latarjet (2012, p.13) defende que “A prevenção no domínio dos acidentes que provocam queimaduras deve ter um lugar na primeira linha.”. Por este motivo como etapa futura de investimento, e como complemento a este trabalho, ambiciono desenvolver ações de sensibilização sobre a problemática e contribuir para a prevenção dos acidentes domésticos.

Ao longo de todo o percurso desenvolvido foi constante a necessidade de atualização de conhecimentos, com o intuito de fundamentar e justificar as funções diárias desempenhadas, bem como as formações e a pesquisa realizada. Torna-se essencial o reconhecimento de que o conhecimento não é imutável no tempo, sendo por isso necessária a persistência na procura de atualizações científicas permanentes, de modo a que se possa dar respostas qualificadas às solicitações que nos são colocadas diariamente, evidenciando uma das competências e responsabilidades do enfermeiro especialista.

Deste modo, a finalização deste trabalho, tal como suprarreferido, é a demonstração do percurso percorrido de aquisição de competências, não sendo todavia a manifestação do seu fim, pois é essencial refletir que no futuro existem novos percursos, novas oportunidades e novos desafios a alcançar, pelo que não se pode aceitar as dificuldades passivamente e deve-se lutar pelo desenvolvimento tanto da ciência de enfermagem como da prestação de cuidados à criança vítima de queimadura grave e sua família.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Surgeons (2012). Advanced Trauma Life Support – ATLS. (9ª edition) EUA
- Annequin, D., Carbajal, R., Chauvin, P., Gall, O., Tourniaire, B., & Murat, I. (2000). Fixed 50% nitrous oxide oxygen mixture for painful procedures: A French survey. *Pediatrics*, 105(4), 1–6. doi:10.1542/peds.105.4.e47
- Aragão, J. A., Elizabeth, M., Aragão, C. d S., Filgueira, D. M., Teixeira, R. M. P., & Reis, F. P. (2012). Estudo epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*, 27(3), 379–382.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lidel.
- Batalha, L. M. D. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia, Suplemento*, e16–e21. Retrieved from <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2592>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado A Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bertalanffy, L. (2001). *General Systems Theory: Foundations, Development, Applications* (Revised Edition). New York, USA. Brazillen.
- Bettinelli, L. A., & Erdmann, A. L. (2009). Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. *Avances En Enfermería*, XXVII(1), 15–21.
- Caldas, A. P. R., Petronilho, C. M. A. G., Petronilho, F. A. S., & Machado, M. M. P. (2010). Monitorização Hemodinâmica. In A. R. Silva & M. J. Lage (Eds.), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (p. 198). Coimbra: Formasau.
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 1–4.
- Cantinho, F., Santos, F., & Silva, A. (2004). Conduta Anestésica em Balneoterapia de Pacientes Queimados: Avaliação Prospectiva de 2852 Procedimentos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(2), 229–238.
- Cardoso, S., Lopes, M., & Miranda, L. (2007). A admissão do doente vítima de queimadura na

- unidade de queimados dos HUC. *Sinais Vitais*, 70, 38–41.
- Carlucci, V. D. da S., Rossi, L. A., Ficher, A. M. F. T., Enéas, F., & Carvalho, E. C. de. (2007). A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41(1), 21–28.
- Carreiro, F. A. (2008). Considerações de Enfermagem sobre a Balneoterapia no cuidado ao queimado. *Enfermería Global*, (12), 1–7.
- Carrilho, I., & Monteiro, J. P. (2007). Tratamento do estado de mal epiléptico em idade pediátrica - Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(4), 163–168.
- Carter, E. J., Pouch, S. M. & Larson, E. L. (2014). Common infection control practices in the emergency department: A literature review. *American Journal of Infection Control*, 42, 957-62.
- Carvalho, S. M. de, Kuhnen, I. A., & Pereima, M. J. L. (2013). Protocolo de padronização do perfil infeccioso de crianças internadas na unidade de queimados. *Rev Brasileira de Queimaduras*, 12(2), 118–127.
- Casella, E. B. (1999). Abordagem da crise convulsiva aguda e estado de mal epiléptico em crianças Management of acute seizure episodes and status epilepticus in children. *Jornal de Pediatria*, 75(Supl. 2), 197–206.
- Chaves, S. C. dos S. (2013). Ações da enfermagem para reduzir os riscos de infecção em grande queimado no CTI. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(3), 140–144.
- Chiu, Y.-L., Chien, W.-T., & Lam, L.-W. (2004). Effectiveness of a needs-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13(5), 655–656.
- CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. (2011). *Conclusões do Conselho, de 2 de Dezembro de 2011, sobre prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das doenças respiratórias crónicas das crianças* (No. 2011/C 361/05).
- Culleiton, A. L., & Simko, L. M. (2013). Caring for patients with burn injuries: Refresh your knowledge of burn types and initial management. *Nursing Critical Care*, 8(1), 14–22.
- Davidson, J. E. (2009). Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–34. doi:10.4037/ccn2009611.
- Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010) Alargamento da idade de atendimento nos serviços de Pediatria. Diário da república II Série n.º 112 (11/06/2010) 32123.

- Dias, F. M., Afonso, M., Sá, T. da S. B., Marcelino, A. L., Santos, M. J. dos, Morita, A. B. P. da S., & Dias, F. M. (2008). A Criança Vítima De Queimadura E Sua Dor No Momento Da Realização De Procedimentos Diários : Uma Revisão Bibliográfica. *Janus, Lorena*, 5(8), 33–43.
- Dias, I. O. V., Fontana, G. H., & Resende, L. N. (2013). Análise do potencial bactericida e bacteriostático da sulfadiazina de prata. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(4), 278–285.
- Dias, J., Costa, S., & Martins, S. (2013). Prevenção de acidentes em idade pediátrica : o que sabem os pais e o que fazem os médicos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), 277–282.
- Direcção Geral do Ensino Superior (2012). Descritores de Dublin. Direcção Geral do Ensino Superior website. Acedido em Março de 2014 em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direcção Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 9. DGS/DGCG* (No. Circular Normativa n.º 9. DGS/DGCG).
- Direcção Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças - Orientação da Direcção-Geral da Saúde 014/2010* (No. 014/2010 de 14/12/2010). Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde. (2010). *Orientação boas práticas para a higiene das mãos nas unidades de saúde -Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD*. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-sd-de-14062010-pdf.aspx+&cd=8&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Echinard, C., & Latarjet, J. (2012). *Queimaduras*. Loures: Lusociência.
- Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *ACCCN's Critical Care Nursing* (2nd ed.). Austrália: Elsevier.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC. Extrato do processo apresentado e aprovado pela Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior (A3Es) com o nº NCE/09/01932*.
- European Burn Association (2011). European Practice Guidelines for Burn Care. European Burn Association website acedido em Março de 2014 em <http://www.euroburn.org/userfiles/users/36/pdf/guidelines/EBAGuidelinesBurnCareVersion1.pdf>
- Ferreira, F. V., & Paula, L. B. De. (2013). Sulfadiazina de prata versus medicamentos fitoterápicos :

- estudo comparativo dos efeitos no tratamento de queimaduras. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(3), 132–139.
- Francisco, T., Nóbrega, S., Valente, R., & Santos, M. (2013). Grande queimado numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – experiência de 20 anos. *Nascer E Crescer*, XXII(3), 151–157.
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing management: a systems approach*. (3 edição). Michigan: Saunders
- Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester.
- Guerrero, G. Z. (2008). Reacciones emocionales de los niños hospitalizados con quemaduras , así como de sus familiares. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 29–38.
- Hazinski, M. F. (2013). *Nursing Care of the Critically ill Child* (3ª ed.). Estados Unidos da América: Elsevier.
- Horn, E. Van, & Tesh, A. (2000). Impact of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19(4), 40–49.
- Hortense, P., & Sousa, F. (2009). Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas por meio de métodos psicofísicos variados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2). Retrieved from <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2562>
- Hunyadi-Anticević, S., Colak, Z., Funtak, I. L., Lukić, A., Filipović-Grcić, B., Tomljanović, B., ... Canadija, M. (2010). European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2010. *Lijecnicki Vjesnik*, 133(1-2), 1–14. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.08.018
- Instituto de Apoio à Criança. (n.d.). Carta da criança hospitalizada. *Instituto de Apoio à Criança*,.
- Khair, A. M., & Elmagrabi, D. (2015). Febrile Seizures and Febrile Seizure Syndromes : An Updated Overview of Old and Current Knowledge. *Neurology Research International*, 2015, 1–7. doi:10.1155/2015/849341
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, J. O., & Herndon, D. N. (2007). The Pediatric burned patient. In D. N. Herndon (Ed.), *Total Burn Care* (Third Edit., pp. 485–495). Philadelphia: Saunders - Elsevier.
- Liang, S. Y., Theodoro, D. L., Schuur, J. D. & Marschall, J. (2014). Infection Prevention in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 64(3), 299-313.
- Lima, O. B. A., Arruda, A. J. C. G. de, Carvalho, G. D. A. de, Melo, V. C., & Silva, A. F. da. (2013).

- A Enfermagem e o Cuidado à Vítima de Queimaduras: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem Da UFPE*, 7(5), 4944–4950. doi:10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201316
- Locsin, R. C., & Purnell, M. (2007). Rapture and Suffering with Tecnology in Nursing. *International Journal for Human Caring*, 11(1), 38–43.
- Macedo, K. de, Rosa, S. C., Macedo, K. C. S. de, & Castro, C. (2005). Fatores de risco da sepse em pacientes queimados. *Revista Col Bras Cir*, 32(4), 173–177. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v32n4/v32n4a02.pdf>
- Machado, T. H. S., Lobo, J. A., Pimentel, P. C. M., & Serra, M. C. d V. F. (2009). Estudo epidemiológico das crianças queimadas de 0-15 anos atendidas no Hospital Geral do Andaraí, durante o período de 1997 a 2007. *Rev Brasileira de Queimaduras*, 8(1), 3–8. Retrieved from <http://www.sbqueimaduras.org.br/revista/junho-2009/03-estudo.pdf>
- Martins, C. S. F., Meneses, T. C. V., & Joaquim, T. P. C. (2016). O Grande Queimado na UCIP. In J. Reis, M. Costa, P. Jácome, & T. Candeias (Eds.), *Cuidados Intensivos Pediátricos: Olhares sobre um percurso* (1ª ed., p. 404). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, J. da C., Andrade, F. C. B. de, & Madeira, M. Z. A. (2011). Assistência de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras : uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar Novafapi , Teresinha*, 4(2), 74–78.
- Mckinley, S., Nagy, S., Stein-parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 27–36. doi:10.1054/iccn.2002.1611
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Mendonça, S. S. (2009). *Competências Profissionais Dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar* (1ª ed.). Lisboa: Editorial Novembro.
- Millan, L. S., Gemperli, R., Tovo, F. M., Mendaçolli, T. J., Gomez, D. S., & Ferreira, M. C. (2012). Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de São Paulo. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*, 27(4), 611–615.
- Montes, S. F., Barbosa, maria H., & Neto, A. L. de S. (2011). Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(2), 369–373.
- Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (2009). *Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma Abordagem*

- Holística* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neeb, K. (2000) Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Loures: Lusociência.
- Neto, A. J. da S. M., & et al. (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. *Servir*, 51(5), 214–227.
- Obringer, K., Hilgenberg, C., & Booker, K. (2012). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1651–8.
- Okada, M., Teixeira, M. J., Tenga, S. K., Bezerra, S. L., & Ramos, C. A. (2001). Dor em pediatria. *Rev. Med. (São Paulo)*, 80(1), 135–156.
- Oliveira, V. V. de, Fonseca, A. da S., Leite, M. T. de S., Santos, L. S. dos, Fonseca, A. D. G., & Ohara, C. V. da S. (2015). Parents' experience confronting child burning situation. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 16(2), 201–209. doi:10.15253/2175-6783.2015000200009
- Oliveira, M. (2010). Dor nos Cuidados Intensivos: Monitorização e Tratamento. In A. R. Silva & M. J. Lage (Eds.), *Enfermagem Em Cuidados Intensivos* (p. 198). Coimbra: Formasau.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica*. Lisboa.
- Pedersen, R. S., Bayat, A., Steen, N. P., & Jacobsson, M. L. B. (2013). Nitrous oxide provides safe and effective analgesia for minor paediatric procedures--a systematic review. *Danish Medical Journal*, 60(6), 1–8.
- Pereima, M. (n.d.). 58 Particularidades de Queimaduras em Crianças. *Liat.ufsc.br*, 503–510. Retrieved from <http://www.liat.ufsc.br/arquivo1.pdf>
- Pinto, J., Montinho, L., & Gonçalves, P. (2008). O doente queimado e a dinâmica familiar: o impacto da doença na família. *Revista Referência*, 6(II), 69–76. Retrieved from <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/066976.pdf>.
- Polit, D.F., Beck, C.T.; Hungler, B.P. (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. (5 ed). Porto Alegre: Artmed.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 312-318.

- Reis, G. (2009). Avaliação e Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Dor*, 17(2), 18–23.
- Reis, G. M. R., Costa, L. P. S., Carvalho, M. D. R., Seguro, M. I., Costa, M. J. M. C. da, Pimenta, M. M., ... Anjos, O. M. Q. dos. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Ordem dos Enfermeiros* (Série 1 Nu.). Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS.
- Rocha, S. M. M., Nascimento, L. C., & Lima, R. A. G. de. (2002). Enfermagem Pediátrica e Abordagem da Família: Subsídios para o ensino de Graduação. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 10(5), 709–714.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability , health and health care. *Jornal of Advanced Nursing*, 26, 65–72.
- Rossi, L. A., Camargo, C., Santos, C. M. N. M., Barruffin, R. de C. de P., & Carvalho, E. C. de. (2000). A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 8(3), 18–26.
- Santos, M. I., Nzwalo, H., Monteiro, J. P., & Fonseca, M. J. (2012). Estado de mal convulsivo na urgência pediátrica: Estudo retrospectivo de cinco anos. *Acta Medica Portuguesa*, 25(4), 203–206.
- Scanlon, A., & Lee, G. A. (2007). The use of the term vulnerability in acute care : why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54–59.
- Serafim, Z. (2013). As queimaduras pediátricas em Portugal. *Jornal Do VIII Congresso de Queimados*.
- Sheehy (2010). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. (6ª Edição). Loures: Lusociência
- Silva, R., & Castilhos, A. (2010). A identificação de diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. *Rev Bras Queimaduras*, 9(2), 60–65. Retrieved from <http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/junho-2010/aidentificacaodediagnosticosdeenfermagem.pdf>
- Silva, & Ribeiro. (2011). Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. *Revista Dor São Paulo*, 12(4), 342–348.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos, Recomendações*. Lisboa. SPCI.

- Society of Trauma Nurses (2013) ATCN - Advanced Trauma Care for Nurses. Edição 2013.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Turner, D. A., & Cheifetz, I. M. (2011). Pediatric Acute Respiratory Failure. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 5(1), 65–73.
- UNICEF. (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança A Convenção sobre os Direitos da Criança*.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Valentin, A., Capuzzo, M., Guidet, B., Moreno, R. P., Dolanski, L., Bauer, P., & Metnitz, P. G. H. (2006). Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. *Intensive Care Medicine*, 32(10), 1591–8. doi:10.1007/s00134-006-0290-7
- Williams, C. (2011). Assessment and management of paediatric burn injuries. *Nursing Standard*, 25, 60–68.
- Woiski, R. O. S., & Rocha, D. L. B. (2010). Cuidado de Enfermagem à Criança Vítima de Violência Sexual Atendida em Unidade de Emergência Hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14(1), 143–150.
- Woodside, J., Rebmann, T., Williams, C. & Woodin, J. (2013). Guide to Infection Prevention in Emergency Medical Services (1ªed). Consultado a 06/12/2014. Disponível em http://apic.org/Resource_/EliminationGuideForm/e1ac231d-9d35-4c42-9ca0-822c23437e18/File/EMS_Guide_web.pdf.
- World Health Organization, (WHO). (2014). Health promotion. Acedido em: <http://www.who.int/healthpromotion/en/>
- World Health Organization (2008). The Global Burden of Disease: 2004 Update. Genebra: Organização Mundial da Saúde [Acessado em 22 de abril de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
- World Health Organization, & UNICEF. (2008). *World report on child injury prevention*. World Health Organization. Geneva. doi:10.1136/ip.2007.018143.

APÊNDICES

Apêndice I

Cronograma de Projeto de estágio

Cronograma do Estágio

	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro								
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3		
	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S		
Estágio I		621																									
Estágio II															615												
Congresso Queimados																											
Reflexões																											
Elaboração e apresentação relatório																											
Férias																											

Estágio I: UQ em HP

Estágio II: SUP em HPP

Apêndice II

Sessão de Formação: “Novas Atualizações No Cuidar Do Utente Vítima de Queimadura”

4º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

SESSÃO DE FORMAÇÃO

**“Novas Atualizações No Cuidar Do Utente Vítima de
Queimadura”**

Vânia Sofia Fonseca Santos

LISBOA

Dezembro, 2014

PLANO DE SESSÃO FORMAÇÃO

Tema: “Novas atualizações no cuidar do utente vítima de queimadura”

Destinatários: Enfermeiros que desempenham funções na Unidade de Queimados

Tempo previsto: 30 minutos

Data: 3 de Dezembro de 2014

Local: Sala de Enfermagem da Unidade de Queimados do Hospital de Hospital Central

Objetivo Geral: Expor o estado da arte apresentado na XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras

Objetivos Específicos:

- Transmitir os últimos Avanços no Tratamento Cirúrgico das Queimaduras;
- Revelar novas atualizações no Tratamento da Dor em Unidade de Queimados;
- Identificar a Utilização de Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos;
- Refletir sobre a Nutrição no Doente Queimado.

Metodologia: Expositiva

Material a utilizar: Computador, projetor.

Avaliação: Discussão sobre temática abordada.

Sumário:

1. Avanços no Tratamento Cirúrgico das Queimaduras;
2. Tratamento da Dor na Unidade de Queimados;
3. Utilização de Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos;
4. Nutrição no Doente Queimado.

SESSÃO DE FORMAÇÃO

“Novas atualizações no cuidar do queimado”

Estudante de Mestrado em Enfermagem: Vânia Santos
Enfermeira Orientadora: Patrícia Costa
Professor Orientador: Jorge Ferreira

Dezembro, 2014

Objetivos:

- * **Geral:** Expor o estado da arte apresentado na XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras
- * **Específicos:**
 - Transmitir os últimos Avanços no Tratamento Cirúrgico das Queimaduras;
 - Revelar novas atualizações do Tratamento da Dor em Unidade de Queimados;
 - Identificar a Utilização de Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos;
 - Refletir sobre a Nutrição no Doente Queimado.

Sumário:

- * Avanços no Tratamento Cirúrgico das Queimaduras;
- * Tratamento da Dor na Unidade de Queimados;
- * Utilização de Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos;
- * Nutrição no Doente Queimado.

Avanços no Tratamento Cirúrgico das Queimaduras

* Desafios:

- Grandes queimados;
- Queimaduras de regiões articulares;
- Queimaduras químicas;
- Queimaduras elétricas.

* Regiões dadoras



Avanços no Tratamento Cirúrgico das Queimaduras

* Objetivo:

- Restaurar a barreira cutânea para prevenir a perda de fluidos e a infeção.

* Limitações:

- Regiões dadoras
- Dadores

Imagem

Terapêuticas
alternativas

Avanços no Tratamento Cirúrgico das Queimaduras

* Terapêuticas colaterais:

- Substitutos de pele;
- Spray de células (Recell);
- Cultura de queratinócitos;



“Promissoras”

substitutos de pele artificiais
seguros
eficazes
facilidade na aplicação
baixo custo

Avanços no Tratamento Cirúrgico das Queimaduras

* **Publicações:**

- [The Effects of Botulinum Toxin A on the Wound and Skin Graft Contraction](#)

Kucukkaya, Deniz; Irkoren, Saime; Ozkan, Selman; [More](#)

Journal of Craniofacial Surgery. 25(5):1908-1911, September 2014.

- [Epidermal Healing in Burns: Autologous Keratinocyte Transplantation as a Standard Procedure: Update and Perspective](#)

Mcheik, Jiad N. MD, PhD¹; Barrault, Christine PhD²; Levard, Guillaume MD³; Morel, Franck PhD⁴; Bernard, François-Xavier PhD⁵; Lecron, Jean-Claude MD, PhD⁶

Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open: [September 2014 - Volume 2 - Issue 9 - p e218](#)

doi: 10.1097/GOX.0000000000000176

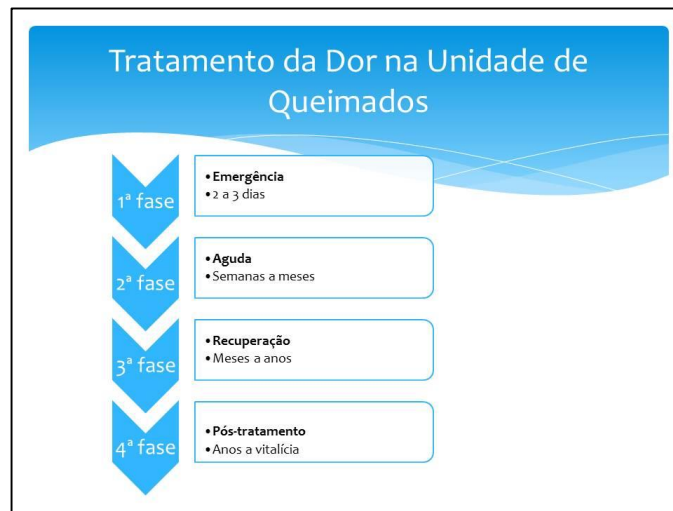
Tratamento da Dor na Unidade de Queimados

*“A dor da queimadura: terrível para quem sente,
estressante para quem
Cuida”*

(Rossi, et al, 2000)

Tratamento da Dor na Unidade de Queimados





Tratamento da Dor na Unidade de Queimados

*** Tratamento Farmacológico:**

1. Analgesia multimodal ou balanceada;
2. Individualizar;
3. Avaliação contínua e solicitar atualização do regime analgésico.

Tratamento da Dor na Unidade de Queimados

*** Faltam Guidelines:**

- Abrangam um vasto leque de idades;
- Explícitas no momento e doses;
- Formulário limitado.

Não esquecer

- estado hipermetabólico
- prevenir e/ou eliminar “memória de dor”

Tratamento da Dor na Unidade de Queimados



- * Associar adjuvantes;
- * Região dadora muito dolorosa



gaze gorda impregnada
ropivacaina (300mg)

Tratamento da Dor na Unidade de Queimados

* Tratamento Não Farmacológico:

- Alterações do sono;
- Alterações do meio envolvente;
- Alterações pessoais;
- Alterações profissionais;
- Alterações sociais.

Tratamento da Dor na Unidade de Queimados

* Estratégias Não Farmacológicas:

- Distração;
- Imaginação guiada;
- Realidade virtual;
- Hipnose;
- Preparação psicológica;
- Exercícios de relaxamento;
- Massagem corporal.

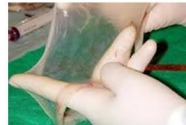
Utilização de Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos

- * **Inúmeros** substitutos cutâneos;
Epicel; Integra; Dermagraft; Graft Jacket; Apligraf;
Matriderm; Ezderm; Alloderm; Biobrane
- * **Permanentes , semi-permanentes ou temporários;**
- * **Bilaminares ou unicelulares;**
- * **Impregnados ou não impregnados.**

Utilização de Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos

- * **Membrana Amniótica** Portuguesa destacada Mundialmente
por tratamento patenteado;
↳ imunologicamente inerte (totalmente avascular)

Fina, elástica, translúcida
Auxilia a reepitelização
Queimaduras 2º e 3º grau



Utilização de Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos

- * **Pele cadáver** – recurso escasso – imunologicamente inerte??;
- * Colheita em coração parado em processo de aceitação;
- * Preservação em glicérol ou criopreservação.



+ fácil transportar
+ propensa a microrganismos
+ difícil manusear
menor qualidade

Nutrição no Doente Queimado

- * alternativa ao hipermetabolismo descontrolado que interfere diretamente na sobrevivência de doentes gravemente queimados.
- * interfere diretamente na evolução clínica.

Nutrição no Doente Queimado

- * Adequada às Fases de Resposta Metabólica:
 - Fase de EBB (6 a 24h);
 - Fase Flow (3º e 4º dia);
 - Fase Recuperação.
- * Ajustada à programação cirúrgica.

Nutrição no Doente Queimado

- * Recomendações:
 - nutrição com alimentação entérica precoce às 12h após lesão;
 - se necessário nutrição parentérica (intolerância entérica; hipoglicémias mantidas);
 - nutrição duodenal, quando entérica não suprime 80-90% das necessidades .

Nutrição no Doente Queimado

- * Vantagens Nutrição Duodenal:
 - pausa para procedimento cirúrgico – 2h;
 - pausa pós anestesia – 2h;
 - não necessita pausa para penso.
- * Necessita:
 - avaliação perímetro abdominal;
 - elevação leito;
 - avaliação trânsito intestinal.

Nutrição no Doente Queimado

Importa
ainda:

- * Avaliar peso semanal;
(não deve perder mais de 10% peso inicial)
- * Avaliar débito urinário para ajuste de hidratação;
- * Prevenir desnutrição;
- * Utilizar estratégias não nutricionais para atenuar hipermetabolismo.

Referências Bibliográficas

- * Rossi, L. A., Camargo, C., Santos, C. M. N. M., Barruffin, R. de C. de P., & Carvalho, E. C. de. (2000). A DOR DA QUEIMADURA: TERRÍVEL PARA QUEM SENTE, ESTRESSANTE PARA QUEM CUIDA. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 8(3), 18–26.

Obrigada pela atenção

RELATÓRIO

Desde o início da realização do estágio na Unidade de Queimados que a realização de uma sessão de formação pairava sob o meu pensamento, uma vez que sentia a necessidade de convergência de diferentes interesses expressados pela temática abordada. Assim, importava que a sessão de formação fosse de encontro com as necessidades expressadas pelos elementos do serviço acima mencionado, mas também com as minhas necessidades enquanto veículo transmissor de conhecimentos, dando resposta aos objetivos por mim delineados para este estágio.

Após auscultação dos diversos elementos constitutivos da equipa de Enfermagem da Unidade de Queimados, em especial da Enfermeira minha orientadora constatei que seria benéfica a transmissão dos conhecimentos que iria adquirir na XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras, ficando, assim, desde cedo decido que seria essa a temática a abordar, pois proporcionaria não só um confronto com a realidade, mas também com novas realidades, facilitando assim, a reflexão e possibilitando a aquisição de novas práticas ou melhoria das existentes.

Dado que a XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras só decorreu no dia 15 de Novembro, a sessão de formação só se poderia realizar posteriormente. Deste modo, foi informada a Enfermeira responsável pela formação do serviço da vontade em realizar uma sessão com esta temática, que concordou com a sua pertinência, e estabeleceu a data e horário da sua realização. Posteriormente foi esta enfermeira que se responsabilizou pela divulgação da sessão de formação junto dos seus pares.

Após comparência no congresso acima mencionado realizei o planeamento da sessão, sempre com apoio e orientação da minha tutora. O facto do congresso frequentado ser meramente médico requereu um ajustamento da informação a transmitir para a prática de Enfermagem, de modo a que a sessão não se tornasse de algum modo desinteressante ou pouco direcionada para a população alvo. Recorri ao PowerPoint enquanto recurso didático, que serviu de base à elaboração de diapositivos que sustentaram a sessão de formação.

No dia previamente estabelecido a sessão de formação decorreu no período previsto, na qual participaram sete elementos da equipa de Enfermagem da Unidade de Queimados. Inicialmente, socorrendo-me do método expositivo, apresentei a temática, o qual se seguiu de um momento de discussão, esclarecimento de dúvidas, análise e confronto de realidades e avaliação da necessidade de adequação de práticas, nomeadamente avaliação de estratégias a implementar para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa vítima de queimadura, tendo em conta as últimas atualizações divulgadas no congresso suprarreferido.

No final da sessão foi solicitado aos participantes que efetuassem a avaliação da sessão, tendo-me socorrido para tal do instrumento de avaliação aplicado pelo Centro Hospitalar, no qual os participantes têm a possibilidade de efetuar uma avaliação global da sessão apresentada, bem como do formador e da metodologia utilizada na sessão de formação. No que concerne à apreciação global da sessão os participantes diferenciaram entre “concorda” e “concorda totalmente”, dando maior ênfase a esta última, tal como se pode constatar na tabela 1.

Tabela 5: Apreciação global da sessão de formação

APRECIAÇÃO GLOBAL	Discorda totalmente	Discorda	Concorda	Concorda totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	0	0	29%	71%
2. Os objetivos da formação foram atingidos.	0	0	14%	86%
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.	0	0	14%	86%
4. Favoreceu a aquisição/consolidação de conhecimentos.	0	0	29%	71%
5. A teoria foi relacionada com a prática.	0	0	14%	86%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	0	0	29%	71%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	0	0	43%	57%
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	0	0	43%	57%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	0	0	14%	86%
10. A duração da formação foi adequada.	0	0	43%	57%

11. O horário da formação foi adequado.	0	0	29%	71%
--	---	---	-----	-----

No que diz respeito à avaliação dos participantes referente à formadora e metodologia eleita para a sessão de formação, maioritariamente foi atribuída a classificação de “Muito Bom”, como demonstrado na tabela seguinte.

Tabela 6: Avaliação do formador e metodologia da sessão de formação

METODOLOGIA	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
12. Domínio de conteúdos apresentados.	0	0	14%	86%
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	0	0	14%	86%
14. Clareza de transmissão de conhecimentos.	0	0	14%	86%
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	0	0	14%	86%
16. Interação com o grupo.	0	0	14%	86%
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	0	0	14%	86%
18. Gestão de tempo.	0	0	29%	71%
19. Pontualidade.	0	0	14%	86%

Apêndice III

Sessão de Formação: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de
Queimadura

4º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

SESSÃO DE FORMAÇÃO

**Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na
Criança/Adolescente Vítima de Queimadura**

Vânia Sofia Fonseca Santos

LISBOA

Fevereiro, 2015

PLANO DE SESSÃO FORMAÇÃO

Tema: A intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo de dor e infeção na criança/adolescente vítima de queimadura, no Serviço de Urgência

Destinatários: Enfermeiros que desempenham funções no Hospital, nomeadamente no Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Cirurgia/Unidade de Queimados, e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Tempo previsto: 30 minutos

Data: 12 de Fevereiro de 2015

Local: Sala de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica

Objetivo Geral: Promover a reflexão acerca das medidas a adotar para prevenção e controlo de dor e infeção na criança/adolescente vítima de queimadura, no Serviço de Urgência.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar para a importância da adoção de medidas promotoras de prevenção e controlo de dor, na criança/adolescente vítima de queimadura, no Serviço de Urgência;
- Refletir acerca das medidas mais adequadas de prevenção e controlo de dor na criança/adolescente vítima de queimadura, no Serviço de Urgência;
- Alertar para a importância de aquisição de medidas que contribuam para a prevenção e controlo de infeção na criança/adolescente vítima de queimadura, no Serviço de Urgência;
- Ponderar as medidas de prevenção e controlo de infeção a implementar no Serviço de Urgência.

Metodologia: Expositiva

Material a utilizar: Computador, projetor.

Avaliação: Discussão sobre temática abordada.

Sumário:

1. Prevenção e Controlo de Dor;
2. Intervenções de Enfermagem na Prevenção e Controlo de Dor;
3. Prevenção de Infecção;
4. Prevenção e Controlo de Infecção;

**SESSÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na
Criança/Adolescente Vítima de Queimadura**

5. Intervenções de Enfermagem na Prevenção de infeção.

SESSÃO DE FORMAÇÃO

A DOR E A INFEÇÃO NA CRIANÇA/ADOLESCENTE VÍTIMA DE QUEIMADURA

Estudante de Mestrado em Enfermagem: Vânia Santos
Enfermeiro Orientador: Amílcar Alves
Professor Orientador: Jorge Ferreira

Fevereiro, 2015

1

Objetivo Geral

- Promover a reflexão acerca das medidas a adotar para prevenção e controlo de dor e infecção na criança/adolescente vítima de queimadura, no Serviço de Urgência.

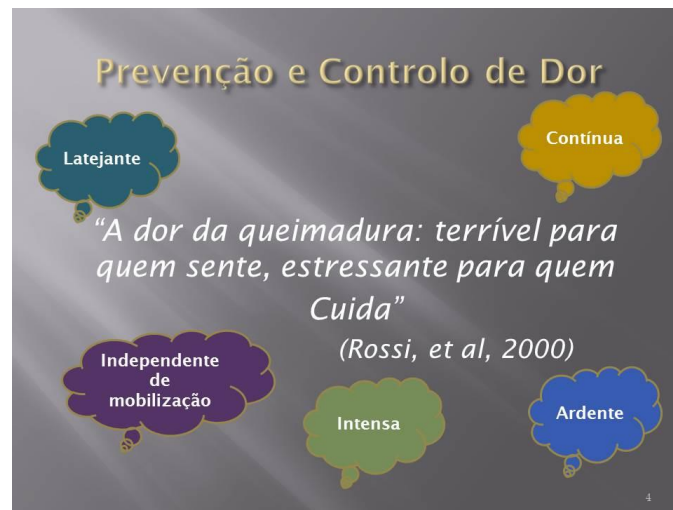
2

Objetivos Específicos

- Sensibilizar para a importância da adoção de medidas promotoras de prevenção e controlo de dor, na criança/adolescente vítima de queimadura, no Serviço de Urgência;
- Refletir acerca das medidas mais adequadas de prevenção e controlo de dor na criança/adolescente vítima de queimadura, no Serviço de Urgência;
- Alertar para a importância de aquisição de medidas que contribuam para a prevenção de infecção na criança/adolescente vítima de queimadura, no Serviço de Urgência;
- Ponderar as medidas de prevenção de infecção a implementar no Serviço de Urgência.

3

SESSÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de Queimadura



Prevenção e Controlo de Dor

"a dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou potencial ao tecido"
(Burns 1999a)

Ao eliminar ou aliviar a dor promove-se não só a sua recuperação física, mas emocional e social.
(Diego & Cantinho, 2005)

Ao longo de processo de tratamento da vítima de queimadura, a dor muda de intensidade, alcançando um grau mais elevado nas primeiras semanas após o acidente.
(Dias et al. 2008)

"o enfermeiro deve estar atento a relatos ou indícios de dor do paciente e não deve agir como mero espectador"
(Dias et al. 2008)

5

Prevenção e Controlo de Dor

Tramadol

- > Papel principal no tratamento da dor;
(Castro, Leal, & Sakata, 2013)
- > Efeitos adversos – prurido, depressão respiratória e náuseas

Doses:

oral	1 - 2 mg/kg/dose	(1 gota = 2,5 mg)
retal	0,4 - 0,8 gotas/kg/dose	
endovenoso	1 - 2 mg/kg/dose	

Antagonista - Nalaxona

6

SESSÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de Queimadura

Prevenção e Controlo de Dor

Midazolam

- Tratamento da dor intensa em presença de elevados níveis de ansiedade; (Castro, Leal, & Sakata, 2013)
- Rápido início de ação;
- Efeitos adversos – hipotensão, depressão respiratória, ataxia, arritmias.

Doses:

oral	0,1 - 0,5 mg/kg/dose	
retal	0,1 - 0,3 mg/kg/dose	
endovenoso	0,1 - 0,2 mg/kg/dose	
nasal	0,2 - 0,4 mg/kg/dose	(utilizar sol ev não diluída)

Antagonista - Flumazenil

7

Prevenção e Controlo de Dor

Propofol

- Hipnótico de ação curta;
- Não tem propriedades analgésicas;
- Efeitos adversos – depressão respiratória, hipotensão, convulsões;
- Não recomendado - em crianças com idade inferior a 3 anos, hipertensão intracraniana, doença cardíaca ou hepática grave, epilepsia ou alterações do metabolismo lipídico.

Dose:

endovenoso 0,5 - 1 mg/kg/dose

8

Prevenção e Controlo de Dor

Cetamina

- Utilizada para sedação consciente durante realização de penso; (Castro, Leal, & Sakata, 2013)
- Preserva os reflexos de vias aéreas e mantém pressão arterial;
- Eficaz como medicação de resgate em caso de dor pouco responsiva a opióides; (Castro, Leal, & Sakata, 2013)
- Mais eficaz em associações;
- Efeitos adversos – alucinações.

Dose:

endovenoso 1mg/kg/dose

9

SESSÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de Queimadura

Prevenção e Controlo de Dor

Dipirona

- Analgésico;
- Tratamento de dor aguda em situação pós-traumática;
- Efeitos adversos – hipotensão.

Doses:

endovenoso 10 - 20 mg/kg/dose

10

Prevenção e Controlo de Dor

Paracetamol

- Analgésico, atuando de forma sinérgica com opióides;
(Castro, Leal, & Sakata, 2013)
- Efeitos adversos – prurido, depressão respiratória e náuseas

Doses:

oral / retal / endovenoso 10 – 20mg/kg/dose
(Máx 90mg/kg/dia)

Antídoto: Acetilcisteína

11

Prevenção e Controlo de Dor

Protóxido de Azoto

- Gás anestésico, associado a sensação de bem-estar;
- Utilização por via inalatória - analgesia rápida e eficaz, sem sedação profunda e com efeitos adversos mínimos;
- Efeitos adversos – náuseas, vômitos, tonturas, euforia, sensação de embriaguez, xerostomia, pressão nos ouvidos;
- Indicado : - pensos de curta duração de pequenas queimaduras;
- envolvimento de dor de intensidade ligeira a moderada;
- em crianças com idade superior a 12 meses;
- Requer mínimo de 2 horas de pausa alimentar.
(Procedimento Multissetorial, 2014)

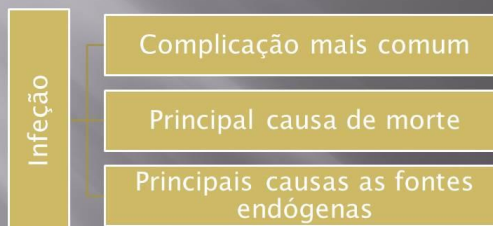
12

Intervenções de Enfermagem na Prevenção e Controlo de Dor

- ✓ Avaliar a dor antes, durante e depois do procedimento, através das escalas de avaliação e efetuar o registo;
- ✓ Administrar terapêutica previamente à realização de procedimentos dolorosos e avaliar a sua eficácia;
- ✓ Recorrer a medidas não farmacológicas para controlo da dor, se possível;
- ✓ Informar a criança/adolescente/família sobre o procedimento a realizar;

13

Prevenção de Infeção



A sua prevenção é um desafio para o Enfermeiro.
(Henrique, et. al 2013)

14

Prevenção de Infeção

Fatores predisponentes para aquisição de infeção:

- ✓ Ausência de barreira protetora – pele;
- ✓ Presença de tecido necrosado/desvitalizado;
- ✓ Disfunção do sistema imunológico;
- ✓ Alterações nutricionais e hematológicas;
- ✓ Procedimentos invasivos;
- ✓ % SCT.

(Wolf e Herndon, 1999)

15

SESSÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de Queimadura

Prevenção de Infecção

A rápida excisão com a remoção de tecidos necróticos é o primeiro passo para a prevenção de infeções.

(Chaves, 2013)

A criança/adolescente deve ser protegida de fontes de contaminação cruzada, inclusive de outras crianças/adolescentes, membros da equipe de saúde e equipamentos.

(Chaves, 2013)

16

Prevenção e Controlo de Infecção

Apesar das precauções assépticas e do uso de agentes antimicrobianos tópicos, a queimadura é um meio excelente para o crescimento e proliferação bacteriana.

(Chaves, 2013)

Sinais locais de infecção:

- Coloração enegrecida da área queimada, evolução de uma necrose parcial para uma necrose total;
- Coloração esverdeada do tecido subcutâneo;
- Aparecimento de vesículas em lesões cicatrizadas;
- Descolamento rápido do tecido necrótico;
- Aparecimento de hiperemia e edema em áreas próximas às queimaduras.

(Chaves, 2013)

17

Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Infecção

- ✓ Isolamento protetor da criança/adolescente;



- ✓ Utilização de máscara cirúrgica, aquando da realização de procedimento invasivo;

- ✓ Cumprimento dos 5 momentos de higienização das mãos;



- ✓ Utilização de técnica assética na realização dos pensos;



- ✓ Respeito pelas normas por parte dos profissionais e pais.

18

Referências Bibliográficas

- ✓ BURNS, L. J. Controlo da dor. In: BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8.ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Cap.13, p.158-76. 1999a.
- ✓ Castro, R. J. A. De, Leal, P. C., & Sakata, R. K. (2013). Tratamento da dor em queimados. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 63(1), 154-158. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&npid=S0034-70942013000100013
- ✓ Chaves, S. C. dos S. (2013). Ações da enfermagem para reduzir os riscos de infecção em grande queimado no CTI. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(3), 140-144.
- ✓ Dias, F. M., Afonso, M., Sá, T. da S. B., Marcelino, A. L., Santos, M. J. dos, Morita, A. B. P. da S., & Dias, F. M. (2008). A Criança Vítima De Queimadura E Sua Dor No Momento Da Realização De Procedimentos Diários: Uma Revisão Bibliográfica. *Janus, Lorena*, 5(8), 33-43.

19

Referências Bibliográficas

- ✓ Diego, L., & Cantinho, F. (2005). Fisiopatologia do Grande Queimado. In I. L. Cavalcanti, F. A. de F. Cantinho, & A. Assad (Eds.), *Anestesia para Cirurgia Plástica* (1ª ed., p. 312). Rio de Janeiro: SAER/Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro.
- ✓ Henrique, D. D. M., Silva, L. D., Cristina, A. R. C., Rezende, A. P. M. B., Santos, J. A. S. e, Menezes, M. de M., & Maurer, T. C. (2013). Controlo de infecção no centro de tratamento de queimados: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(4), 230-234.
- ✓ Rossi, L. A., Camargo, C., Santos, C. M. N. M., Barruffin, R. de C. de P., & Carvalho, E. C. de. (2000). A DOR DA QUEIMADURA: TERRÍVEL PARA QUEM SENTE, ESTRESSANTE PARA QUEM CUIDA. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 8(3), 18-26.
- ✓ WOLF, S.; HERNDON, D. - Burn Care. Landes Bioscience. Texas, 1999. ISBN: 1-57059-526-7

20

OBRIGADA PELA ATENÇÃO

21

RELATÓRIO

Tendo em vista a continuidade deste meu caminho na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à criança vítima de queimadura grave, e para tal revelando-se imperativo desenvolver processos de formação contínua, que pudessem contribuir para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e colegas, objetivei para este estágio no Serviço de Urgência Pediátrica a realização de uma sessão de formação que fosse de encontro com as necessidades manifestadas pelo serviço.

Deste modo, na primeira semana de realização deste meu estágio consultei não só o enfermeiro responsável pela minha tutoria e a enfermeira responsável pela chefia do serviço, como também alguns outros elementos da equipa de enfermagem, no sentido de averiguar as reais necessidades de formação no serviço relacionadas com a prestação de cuidados qualificados à criança vítima de queimadura grave. Assim, e paralelamente ao desenrolar do meu ensino clínico constatei a existência de lacunas a nível da prevenção e controlo da dor, mas também de infeção, lacunas já previamente relatadas pelos diferentes elementos supramencionados, definindo deste modo a temática da sessão de formação a realizar.

Posteriormente ao estabelecimento da temática realizei o planeamento da sessão, elegendo como metodologia a exposição da temática recorrendo a projeção de slides elaborados em PowerPoint, seguindo-se a discussão que serviria paralelamente como momento avaliador da sessão apresentada.

Após a concretização do planeamento da sessão de formação reuni com o enfermeiro orientador do meu estágio e com a sua chefe, de modo a validar e adequar se necessário o planeamento efetuado. Havia, inicialmente, definido como minha população alvo apenas os enfermeiros a desempenhar funções no Serviço de Urgência Pediátrica, porém foi-me proposto pela enfermeira chefe o alargamento para a participação de elementos de outros serviços do hospital, nomeadamente do Serviço de Cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados, e da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. A divulgação da sessão no Serviço de Urgência foi feita de acordo com o método eleito pelo serviço, método de afixação em placard destinado à divulgação de formação. Porém a divulgação nos restantes serviços, foi efetuada sob a forma de convite presencial, em conjunto com o enfermeiro orientador do meu estágio, nos respetivos serviços, elegendo para tal momentos de término ou início de passagem de turno para alcançar o maior número de elementos presentes.

Realizar uma sessão de formação com uma temática tão abrangente e de extrema importância proporcionou-se alguma preocupação, em primeiro pretendia mais do que fazer uma grande palestra evidenciando o que na maioria todos já conheciam, mas essencialmente alertar para a realização de

SESSÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de Queimadura

práticas de enfermagem menos adequadas ou qualificadas, sem contudo minimizar ou menosprezar qualquer elemento da equipa de enfermagem, por outro lado pretendia uma sessão de formação pertinente, adequada no tempo, sem se revelar demasiado maçadora. Para tal após realização de um esboço da mesma tive a ajuda do enfermeiro orientador do meu estágio para pequenos ajustes, pois ambos concordávamos da necessidade de mais que tudo confrontar realidades.

A sessão de formação desenrolou-se na data previamente estabelecida e divulgada, tendo como presentes sete elementos da equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica; dois elementos pertencentes à equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia/Unidade de Queimados e uma educadora de Infância do Hospital. Deste modo dei início a esta sessão recorrendo ao método expositivo, apresentando a temática a que me propunha; posteriormente seguiu-se um momento de discussão, essencialmente com a reflexão das práticas, confronto com a realidade, busca de estratégias de adequação das mesmas e melhoria na prestação de cuidados à criança/adolescente vítima de queimadura, nomeadamente no que à prevenção e controlo de dor e infeção diz respeito.

Por último foi solicitado aos participantes que realizassem a avaliação da sessão de formação, tendo recorrido para tal ao instrumento de avaliação definido pelos elementos constituintes do grupo responsável pela formação no serviço. Este instrumento possibilita que os participantes efetuem uma avaliação não só do conteúdo da sessão apresentada, da sua organização e duração; como também da prestação do formador durante a mesma; e ainda uma avaliação global, validando a pertinência, sugerindo melhorias e novas temáticas a abordar.

De acordo com o instrumento de avaliação supramencionado o primeiro item avaliado pelos participantes foi o conteúdo da sessão de formação, socorrendo-se para tal da escala seguinte:

Tabela 7 - Escala de avaliação da Sessão de Formação

Muito negativo	1
Negativo	2
Suficiente	3
Bom	4
Muito bom	5

SESSÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de Queimadura

Deste modo, tendo em conta os diferentes critérios a avaliar, os participantes na sua maioria classificam a sessão de formação entre boa e muito boa, como se pode verificar na tabela seguinte.

Tabela 8 - Avaliação da Sessão de Formação

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	ESCALA DE AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4	5
Apreciação global da formação	0%	0%	0%	57%	43%
Aquisição/Consolidação de conhecimentos	0%	0%	0%	43%	57%
Partilha de experiências	0%	0%	0%	57%	43%
Pertinência dos conteúdos para a tua prática	0%	0%	0%	29%	71%
Ratio teoria/prática	0%	0%	0%	57%	43%
Satisfação das expectativas face à formação	0%	0%	0%	57%	43%
Suporte bibliográfico fornecido	0%	0%	14%	29%	57%

Da mesma forma que os participantes avaliaram a sessão também o fizeram para a performance do formador, seguindo para tal a seguinte escala de avaliação.

Tabela 9 - Escala de avaliação do Formador

Mau	1
INSUFICIENTE	2

SESSÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de Queimadura

Suficiente	3
Bom	4
Muito bom	5

No que se refere à prestação do formador, de acordo com a avaliação efetuada pelos diferentes participantes, como podemos consultar na tabela seguinte, esta foi classificada em todos os critérios de avaliação como bom ou muito bom, sendo esta última a mais selecionada.

Tabela 10 - Avaliação do Formador

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	ESCALA DE AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4	5
Domínio dos conteúdos apresentados	0%	0%	0%	29%	71%
Facilidade de transmissão de conhecimentos	0%	0%	0%	29%	71%
Clareza na transmissão de conhecimentos	0%	0%	0%	14%	86%
Capacidade de motivar, despertar interesse dos formandos	0%	0%	0%	29%	71%
Assertividade	0%	0%	0%	29%	71%
Criação de bom ambiente de trabalho	0%	0%	0%	14%	86%
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	0%	0%	0%	14%	86%
Pontualidade/Assiduidade	0%	0%	0%	14%	86%

SESSÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de Queimadura

O instrumento de avaliação comportava ainda um item reservado para a estrutura e organização da formação, encontrando-se subdividido em duas avaliações, a primeira, socorrendo-se dos critérios enunciados na tabela seguinte, avalia questões relacionadas com o planeamento da sessão, nomeadamente no que à duração, dispositivos e divulgação diz respeito.

Tabela 11 - Critérios para avaliação da organização da formação

Desadequada	1
Pouco adequada	2
Adequada	3
Muito adequada	4

Analisando os resultados obtidos da avaliação da sessão de formação, realizada pelos participantes na mesma, apresentados na tabela seguinte, concluímos que a maioria dos participantes considera a duração da sessão muito adequada, porém existe uma percentagem, que ainda que pequena, revela que a duração se revelou pouco adequada. No que à qualidade da sala e equipamento diz respeito, também não existe consonância na avaliação, o que poderá estar relacionado maioritariamente com as condições apresentadas pelo local onde a sessão de formação decorreu, pois apesar de ser a eleita e estabelecida pelo grupo responsável pela formação no Serviço de Urgência, esta sala revelou-se pequena para a dimensão da população alvo planeada. No que diz respeito à divulgação da sessão de formação a maioria dos participantes considerou-a adequada.

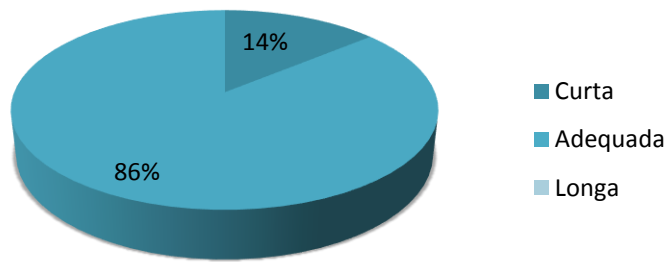
Tabela 12 - Avaliação da Organização da Sessão de Formação

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	ESCALA DE AVALIAÇÃO			
	1	2	3	4
Duração da sessão	0%	14%	29%	57%
Qualidade da sala e equipamento utilizado	0%	14%	72%	14%
Divulgação da formação	0%	0%	72%	28%

SESSÃO DE FORMAÇÃO: Prevenção e Controlo de Dor e Infecção, na Criança/Adolescente Vítima de Queimadura

Quando questionado qual a opinião dos participantes em relação à duração total do programa a maioria considerou a adequada, sendo que um elemento a considerou curta, como se observa no gráfico seguinte.

Gráfico 1 - Avaliação da Duração do Programa



Por último era solicitado aos participantes que elaborassem um comentário final. Para tal eram-lhes efetuadas quatro questões de resposta aberta. A primeira questionava se consideravam que a sessão de formação apresentada iria contribuir para melhorar a qualidade da sua prestação de cuidados, sendo que todos os participantes responderam que sim. A segunda pergunta solicitava a enumeração dos aspetos positivos da sessão de formação, sendo eu apenas um participante respondeu referindo como aspeto positivo a pertinência do tema. Quando questionados em relação a aspetos a melhorar na formação e sugestões para futuras formações nenhum participante redigiu a sua opinião.

Apêndice IV

Prevenção de Queimaduras Domésticas em Crianças



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Prevenção de Queimaduras Domésticas em Crianças

Vânia Sofia Fonseca Santos

LISBOA

Fevereiro, 2015

PLANO DE PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS DOMÉSTICAS EM CRIANÇAS

Tema: Prevenção de Queimaduras Domésticas em Crianças

Destinatários: Familiares que acompanham crianças no SUP

Objetivo Geral: Sensibilizar para a aquisição de comportamentos que previnam a ocorrência de acidentes domésticos que podem originar queimaduras em crianças.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar para a importância da adoção de medidas promotoras de prevenção de acidentes domésticos nas crianças;
- Promover a reflexão acerca das medidas mais adequadas de prevenção de acidentes domésticos em crianças, que podem originar queimaduras;
- Informar sobre as medidas a tomar em situações de ocorrência de queimaduras em crianças.

Metodologia: Expositiva com a colocação de Folheto, na sala de espera do SUP e sala de tratamentos.

RELATÓRIO

De acordo com Aragão et al. (2012); Echinard & Latarjet (2012); Francisco et al. (2013); Machado et al. (2009); Martins, Meneses, & Joaquim (2016) e Serafim (2013) a ocorrência de queimaduras encontra-se intimamente associada a acidentes, os quais podem ser prevenidos. Dentro desta perspetiva, a Educação para a Saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde, sendo importante reconhecer que os acidentes são a maior ameaça à vida e à saúde das crianças, têm consequências importantes a nível da mortalidade (Mundialmente, mais de 830 mil crianças morrem anualmente de acidentes de trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas e envenenamentos e os acidentes são a principal causa de morte de crianças com idade superior a cinco anos), morbilidade, qualidade de vida e habitualmente acarretam com elevados custos económicos e sociais (J. Dias et al., 2013; World Health Organization & UNICEF, 2008). Dadas as especificidades da criança, em constante crescimento e desenvolvimento das suas capacidades, não só físicas mas também intelectuais, a criança revela-se um ser curioso, que procura explorar o ambiente envolvente e brincar com novos objetos enquanto processo natural de desenvolvimento, o que a predispõe ao risco de acidente causando severidades diversas, entre as quais a ocorrência de queimadura. A Organização Mundial de Saúde em parceria com a UNICEF (2008) elaborou um relatório que refere que globalmente quase 96 000 crianças com menos de 20 anos morreram, em 2004, vítimas de queimaduras relacionadas com um incêndio, estando a mortalidade mais elevada nas crianças até aos cinco anos de idade e nos jovens entre os quinze e os dezanove anos. Paralelamente enquanto os incêndios são causadores da maioria das mortes relacionadas com queimaduras em crianças, os escaldões e queimaduras de contacto são uma importante causa de morbilidade e de incapacidade. Os mesmos autores referem ainda que cerca de 75% das queimaduras em crianças são provocadas por líquidos quentes ou vapor.

A realização de diversos estudos epidemiológicos, não só a nível nacional, como internacional, comprova a manutenção de um elevado número de crianças vítimas de queimadura, concluindo uma maior prevalência destes acidentes em crianças do sexo masculino (Francisco et al., 2013; Matos et al., 2011; Millan et al., 2012; Montes et al., 2011). De igual modo, também se constata o predomínio de queimaduras térmicas por líquidos ferventes nas faixas etárias mais baixas, sendo que na idade de adolescência a queimadura térmica por fogo e a queimadura por radiação são mais frequente (Aragão et al., 2012; Francisco et al., 2013; Machado, Lobo, Pimentel, & Serra, 2009; Millan et al., 2012). Francisco et al. (2013) defendem que estas conclusões se devem ao facto da existência de diferenças de comportamento entre os sexos, revelando-se os rapazes mais exploradores, bem como ao tipo de brincadeiras deste grupo etário, em que as crianças têm uma grande curiosidade, mobilidade e autonomia, mas ainda uma total ou parcial incapacidade para antever riscos. Por outro lado constata-se um enaltecimento das chamas e explosões nos desenhos animados, filmes e jogos, o que poderá predispor a várias explorações pelas crianças.

Assim, as queimaduras representam custos importantes não só para os serviços de saúde, mas e principalmente para as crianças e suas famílias. O evento traumático da queimadura requer maioritariamente necessidade de internamento ou idas aos serviços de saúde frequentes, o que leva a elevadas ausências escolares, alterações da imagem corporal, rejeição social, possível desemprego no futuro, e outros aspetos psicossociais.

Por outro lado e tendo em conta que a ocorrência de queimaduras na idade pediátrica está fortemente associada a acidentes: domésticos, por negligência, descuido parental e mas condições socioeconómicas, e na sua maioria previsíveis (Aragão et al., 2012; Echinard & Latarjet, 2012; Francisco et al., 2013; Machado et al., 2009; Martins et al., 2016; Serafim, 2013) é essencial fomentar meios para a prevenção dos mesmos. Assim Echinard & Latarjet (2012, p.13) defende que “A prevenção no domínio dos acidentes que provocam queimaduras deve ter um lugar na primeira linha.”, pois as queimaduras podem ser prevenidas ou minimizadas através da implementação de medidas educacionais e legislativas.

Neste âmbito, durante a realização de estágio no SUP considerei pertinente alertar para a prática de comportamentos de risco, elaborando um folheto que fosse colocado, não só num local de fácil acesso aos familiares que acompanham as crianças numa ida ao SUP, mas também num local onde sempre que um enfermeiro denotasse necessidade, se servisse dele para efetuar ensinamentos aos familiares. Este folheto é composto por uma série de acidentes que podem ocorrer no domicílio, podendo originar queimaduras nas crianças, alertando para a sua prevenção. Da mesma forma, uma vez que constatei a existência de erros no que concerne aos cuidados imediatos a realizar perante uma queimadura, como sendo a aplicação de óleo ou manteiga, considerei importante também a sua inclusão neste folheto.

FOLHETO

Informações úteis:



- Aplicar água fria de forma a baixar a temperatura da zona queimada;
- Não aplicar manteiga ou qualquer tipo de gordura sobre a queimadura, nem pasta de dentes;
- Caso existam flitenas (bolhas) estas não devem ser rebentadas;
- Se a roupa estiver aderente não tente remove-la;
- Proteger a pele queimada com gaze e levar a criança ao hospital;
- Para diminuir a dor causada pela queimadura pode ser administrado um analgésico prescrito após observação médica.



PREVENÇÃO DE QUEIMADURAS DOMÉSTICAS



CHLC, EPE – Hospital Dona Estefânia
Serviço de Urgência Pediátrica
Rua Jacinta Marto 1169-045 Lisboa
Telf: 21 3126600 – 21 3126780
Email: urg@hdestefania.min-saude.pt

Elaborado por:
Enfº Amílcar Alves
Enfª Vânia Santos

Fevereiro, 2015



Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Serviço de Urgência Pediátrica

O uso do micro-ondas deve ser vigiado, quando colocados no micro-ondas os ovos podem rebentar provocando queimadura.

Se o frio apertar opte por usar mantas ou sacos térmicos em vez de botijas de água quente.

Entre os acidentes com crianças, as **queimaduras** são das mais devastadores provocando **dor intensa, hospitalizações e tratamento prolongados, e incapacidades e desfiguração permanentes**. Pode proteger o seu filho com pequenas alterações na sua casa e dos seus hábitos.

- ✓ A cozinha é o lugar de maior perigo: mantenha a criança afastada; não a pegue ao colo enquanto cozinha; e volte o cabo das panelas para dentro do fogão.
- ✓ Mantenha as comidas e líquidos quentes fora do alcance das crianças.
- ✓ Evite as toalhas compridas na mesa, pois a criança pode puxar.
- ✓ Se o seu filho utilizar equipamentos da cozinha, supervisione-o sempre.



- ✓ No banho, verifique a temperatura da água com o cotovelo ou dorso da mão movendo-a por toda a banheira para ter a certeza de que não há nenhum ponto muito quente.
- ✓ Guarde fósforos, isqueiros, recipientes com álcool e outros produtos inflamáveis em armários trancados e fora do alcance das crianças.
- ✓ Nunca deixe uma criança perto de ferros de passar a roupa, secadores de cabelo, velas, aquecedores, churrasqueiras, fogueiras, lareiras ou braseiras.
- ✓ Proteja todas as tomadas para evitar o choque elétrico.
- ✓ Não utilize botijas de água quente, podem rebentar e provocar queimadura na sua criança.
- ✓ As crianças não devem ser expostas ao sol, principalmente nas horas de maior calor.



Não deixe que as crianças brinquem ou mexam em bombas de Carnaval pois podem rebentar nas suas mãos, mesmo depois de terem sido utilizadas.

Evite que a criança ande com “estalinhos” nas mãos ou nos bolsos: com o calor do corpo podem rebentar.

BIBLIOGRAFIA

- Aragão, J. A., Elizabeth, M., Aragão, C. d S., Filgueira, D. M., Teixeira, R. M. P., & Reis, F. P. (2012). Estudo epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Tratamento de Queimados do Hospital de Urgência de Sergipe. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*, 27(3), 379–382.
- Dias, J., Costa, S., & Martins, S. (2013). Prevenção de acidentes em idade pediátrica : o que sabem os pais e o que fazem os médicos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), 277–282.
- Echinard, C., & Latarjet, J. (2012). *Queimaduras*. Loures: Lusociência.
- Francisco, T., Nóbrega, S., Valente, R., & Santos, M. (2013). Grande queimado numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – experiência de 20 anos. *Nascer E Crescer*, XXII(3), 151–157.
- Machado, T. H. S., Lobo, J. A., Pimentel, P. C. M., & Serra, M. C. d V. F. (2009). Estudo epidemiológico das crianças queimadas de 0-15 anos atendidas no Hospital Geral do Andaraí, durante o período de 1997 a 2007. *Rev Brasileira de Queimaduras*, 8(1), 3–8. Retrieved from <http://www.sbqueimaduras.org.br/revista/junho-2009/03-estudo.pdf>
- Martins, C. S. F., Meneses, T. C. V., & Joaquim, T. P. C. (2016). O Grande Queimado na UCIP. In J. Reis, M. Costa, P. Jácome, & T. Candeias (Eds.), *Cuidados Intensivos Pediátricos: Olhares sobre um percurso* (1ª ed., p. 404). Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, J. da C., Andrade, F. C. B. de, & Madeira, M. Z. A. (2011). Assistência de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras : uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar Novafapi , Teresinha*, 4(2), 74–78.
- Millan, L. S., Gemperli, R., Tovo, F. M., Mendaçolli, T. J., Gomez, D. S., & Ferreira, M. C. (2012). Estudo epidemiológico de queimaduras em crianças atendidas em hospital terciário na cidade de São Paulo. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*, 27(4), 611–615.
- Montes, S. F., Barbosa, maria H., & Neto, A. L. de S. (2011). Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(2), 369–373.
- Serafim, Z. (2013). As queimaduras pediátricas em Portugal. *Jornal Do VIII Congresso de Queimados*.
- World Health Organization, & UNICEF. (2008). *World report on child injury prevention*. World Health Organization. Geneva. doi:10.1136/ip.2007.018143.